

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE DIREITO



FACULDADE DE DIREITO
Universidade de Lisboa

RUTE ISABEL BARÃO ARRÔBE

**O CRIME DE INFANTICÍDIO E AS PERTURBAÇÕES PSICOLÓGICAS PRÉ
E PÓS-PARTO**

Dissertação de Mestrado em Direito e Prática Jurídica na Especialidade de Direito Penal

ORIENTADOR: Professora Doutora Helena Morão

LISBOA, 2018

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer à Professora Doutora Helena Morão, pela orientação ao longo do processo da dissertação de mestrado, e também pelas brilhantes aulas de Direito Penal III, que motivaram o tema escolhido.

Deixo um agradecimento especial à minha irmã, Liliana, quem me tem apoiado sempre, sobretudo nesta fase, sem a qual não seria possível.

Agradeço também a todos os meus amigos e colegas que me apoiaram ao longo deste período.

RESUMO

Através de uma análise prévia de casos de infanticídio – homicídio do recém-nascido pela mãe – concluímos que a sua maioria ocorre imediatamente após dar à luz, nas formas mais comuns por asfixia, estrangulamento ou esfaqueamento. Assim, entende a jurisprudência dos nossos tribunais que essas situações não preenchem o crime de infanticídio do artigo 136º, por ao tempo da prática do facto ainda não se fazerem sentir os efeitos de dar à luz, não integrando, assim, o conceito de “influência perturbadora do parto”, pressuposto pela norma. Tendo em conta esse panorama de desprezo pela norma, o objectivo da presente dissertação consiste na investigação de perturbações psicológicas que tenham início na fase de gestação – entre elas, a negação da gravidez (psicótica e não psicótica) e a ocultação da gravidez – e daquelas que só se desenvolvem após o parto – entre elas, a depressão pós-parto e a psicose puerperal. Para uma análise correcta de tais perturbações, de forma a compreender os motivos que levam à prática do ilícito, recorreremos a artigos de base científica, com incidência na mente do Ser Humano, de forma a analisar se essas perturbações se poderão incluir no conceito de “influência perturbadora do parto” que fundamenta o estado de imputabilidade diminuída, pressuposto pelo tipo legal. Concluímos que nem todas as perturbações que surgem na gravidez e no pós-parto são susceptíveis de enquadrar o tipo legal, por falta de conexão com o momento do parto, exigida pelo artigo. Da análise da jurisprudência concluímos que o tipo legal não tem aplicação nos tribunais, podendo esse facto estar na base de uma discriminação de género, tendo em conta que o tribunal atende a estereótipos acerca do papel da mulher, dirigindo-lhes uma maior censura por romperem com o tradicional papel da maternidade. Essa discriminação poderá consistir numa violação a nível internacional dos Direitos das Mulheres.

Palavras-chave: infanticídio; negação; psicose; imputabilidade; diminuída.

ABSTRACT

Through a previous analysis of infanticide cases - homicide of the new-born by the mother - we conclude that most of them occur immediately after giving birth, in the most common forms by asphyxia, strangulation or stabbing. Thus, it is clear from the case-law of our courts that these situations are not liable to fall within the scope of the infanticide crime under Article 136°, since the effects of giving birth are not yet felt and therefore do not incorporate the concept of "disturbing influence of childbirth", presupposed by the norm. Considering this landscape of disregard for the norm, the purpose of the present dissertation is the investigation of psychological disorders that begin in the gestation phase - among them, the denial of pregnancy (psychotic and nonpsychotic) and concealment of pregnancy -, and of those that only develop after childbirth - among them, postpartum depression and puerperal psychosis. To properly analyse such disorders, by understanding the motives that lead to the practice of the illicit, we resort to scientifically based articles that study the mind of the Human Being, to analyse whether these disorders can be included in the concept of "disturbing influence of childbirth", which underlies the diminished criminal responsibility status, presupposed by the legal type. We conclude that not all disorders that arise in pregnancy and postpartum are likely to fit the legal type, due to lack of connection with the moment of delivery, required by the law. From the analysis of the case-law, we conclude that the courts do not apply this legal type, which may be the basis of gender discrimination, given that the courts attend to stereotypes about the role of women, by leading to greater censorship for breaking with the traditional role of motherhood. Such discrimination may consist of an international violation of the Women's Rights.

Key-words: infanticide; denial; psychosis; diminished; responsibility.

ÍNDICE

Lista de Abreviaturas	6
INTRODUÇÃO.....	7
1. O Crime de infanticídio – artigo 136º do Código Penal	10
1.1. Considerações Gerais	10
1.2. Considerações Históricas – A “Cláusula de Desonra”	15
1.3. Conduta típica – sob a influência perturbadora do parto	16
1.3.1. Carácter temporal	18
1.4. A culpa no artigo 136º	20
1.4.1. Imputabilidade Diminuída.....	24
1.5. Comparticipação.....	33
1.6. Infanticídio sob a forma de omissão.....	34
1.7. Infanticídio ou Neonaticídio.....	35
2. Início do bem jurídico “vida humana”	37
2.1. A fronteira entre o crime de aborto e o crime de homicídio.....	42
2.2. Posição adoptada	45
3. Vinculação materno-fetal.....	47
4. As perturbações nascidas na fase de gestação.....	53
4.1. Ansiedade pré-natal	53
4.2. Depressão pré-natal	57
4.3. Ansiedade e Depressão pré-natal.....	63
4.4. Negação não psicótica da gravidez.....	63
4.5. Negação psicótica da gravidez	73
4.6. Ocultação da gravidez	77
4.7. <i>Neonaticide syndrome</i>	80
5. Perturbações pós-parto	84
5.1. <i>Maternity blues</i>	85
5.2. Depressão pós-parto	87
5.3. Psicose puerperal.....	92
5.4. Ansiedade pós-parto.....	95
5.4.1. Transtorno do pânico ou “agorafobia”	96
5.4.2. Transtorno de ansiedade social	97
5.4.3. Transtorno obsessivo-compulsivo.....	97

5.4.4.	Transtorno de stresse pós-traumático	98
5.4.5.	Transtorno de ansiedade generalizada.....	99
5.5.	O caso de Andrea Yates	100
6.	Análise de Jurisprudência Portuguesa.....	103
7.	As perturbações na fase de gestação e o artigo 136º do Código Penal	107
7.1.	Ansiedade e Depressão pré-natal.....	107
7.2.	Negação da gravidez – psicótica e não psicótica.....	107
8.	As perturbações pós-parto e o artigo 136º do Código Penal	131
8.1.	<i>Maternity Blues</i>	131
8.2.	Transtornos de ansiedade	131
8.3.	Depressão pós-parto	132
8.4.	Psicose Puerperal.....	136
9.	O infanticídio enquanto expressão da Desigualdade de Género	141
	Posição Adoptada	152
10.	Consequência Jurídica	165
	Relação interdisciplinar entre o Direito e a Medicina	172
	Perícia médico-legal	178
	A prova do crime de infanticídio	182
	CONCLUSÃO.....	187
	BIBLIOGRAFIA	198

Lista de Abreviaturas

CEDAW – *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*;

CID – Código Internacional de Doenças;

CP – Código Penal;

CPP – Código de Processo Penal;

CRP – Constituição da República Portuguesa;

DSM – Manual de Diagnóstico e estatística dos transtornos mentais;

ONU – Organização das Nações Unidas;

PSP – Polícia de Segurança Pública.

INTRODUÇÃO

O crime de infanticídio, entendido literalmente, consiste na morte do infante, portanto, de uma criança com pouco tempo de vida.

Vem tipificado no artigo 136º do código Penal – “A mãe que matar o filho durante ou logo após o parto e estando ainda sob a sua influência perturbadora, é punida com pena de prisão de 1 a 5 anos”. É interpretado pela doutrina como referente a um estado de imputabilidade diminuída da mãe infanticida, com fundamento na influência perturbadora do parto, sendo esse estado que justifica a aplicação de uma pena atenuada.

Através de um breve olhar pela doutrina e pela jurisprudência retiramos a ideia de que no âmbito do artigo só caberão aquelas condutas que tenham lugar após o parto, ou seja, poucos dias após o acontecimento.

Retiramos também – e é este o ponto central da investigação – que apenas as perturbações que surgem após o momento do parto se enquadram no conceito de influência perturbadora do parto, pois só a partir desse momento é que se sentem os efeitos do mesmo. Contudo, ao olharmos atenciosamente sobre os casos que chegam aos nossos tribunais, concluímos que a maioria dos casos de infanticídio têm lugar no próprio dia, imediatamente após dar à luz. Tendo em conta esse marco temporal, a jurisprudência considera que à data da prática dos factos ainda não se tinham feito sentir os efeitos negativos do parto e, por isso, nega a aplicação do tipo legal do infanticídio ao caso concreto.

No entanto, algumas perícias, efectuadas a pedido do tribunal para o respectivo caso concreto, apontam para uma possível negação da gravidez. Assim sendo, a perturbação terá início durante o período de gestação, contudo, pela aplicação literal da norma parece ser de excluir a respectiva aplicação a estes casos.

Entendemos que tais casos não serão de ignorar pois estes preenchem, à primeira vista, o tipo legal do infanticídio: homicídio do recém-nascido logo após o parto, enquanto resultado de uma perturbação.

Assim, faremos a análise das perturbações psicológicas que tenham início na gravidez e no pós-parto, para com isso apurar se estas levam, de facto, ao homicídio do recém-nascido, e se as circunstâncias atinentes à gravidez e ao parto – tendo em conta o critério temporal da lei: durante ou logo após - se poderão subsumir ao conceito de influência perturbadora do parto e, dessa forma, conceder-lhes a respectiva atenuação da pena, com fundamento numa imputabilidade diminuída.

Para que possamos identificar as respectivas perturbações e os seus efeitos, será feita uma análise de artigos científicos, cujas áreas se dedicam ao estudo da mente do Ser Humano.

Consideramos que só assim poderá ser feita uma aplicação justa da norma, pois, para tal, impõe-se sempre um conhecimento aprofundado acerca das motivações que estiveram na base da prática do facto típico.

Para uma análise correcta das perturbações que possam integrar o tipo legal do infanticídio afigura-se importante conhecer os traços gerais do respectivo crime, pelo que, iremos começar a presente dissertação por essa respectiva análise.

Tendo em consideração que o facto típico deverá ter lugar durante o parto ou imediatamente após, suscitam-se algumas questões quanto à qualificação da acção enquanto acto lesivo da vida intrauterina ou da vida humana, por isso, entendemos ser de igual importância uma breve análise acerca do momento através do qual se considera estar perante vida humana, para efeitos de tutela jurídico-penal.

A conduta referente à morte do próprio filho suscita, nalguns casos, a possível aplicação do homicídio qualificado – tendo em conta o grau de parentesco, susceptível de revelar a especial censurabilidade e perversidade do agente -, pelo que, iremos analisar o momento através do qual tem início a vinculação da mãe relativamente ao filho.

Após a análise das perturbações da gestação e do pós-parto – sendo este o foco principal do nosso estudo – analisaremos a fundamentação da jurisprudência na resolução destes casos, e da forma como o tipo legal do infanticídio é visto, bem como a

perspectiva social referente à mãe infanticida. Tentaremos responder à questão de saber se a tipificação do infanticídio constitui uma discriminação quanto à mulher, contribuindo para a visão geral de que o género feminino é o sexo fraco e, nessa medida, subordinado em relação ao género masculino.

Por último, teceremos uma breve consideração acerca daquela que consideramos ser a consequência jurídica mais adequada a aplicar à mulher que pratica o facto típico, tendo em conta as perturbações estudadas e a sua repercussão no respectivo estado de consciência.

1. O Crime de infanticídio – artigo 136º do Código Penal

1.1.Considerações Gerais

O tipo legal do infanticídio consiste num homicídio privilegiado, face ao artigo 131º do Código Penal¹. Tal como no crime de homicídio simples, também o bem jurídico do crime de infanticídio é a vida já formada, portanto, não tutela o direito à vida do feto, mas, antes, a vida, e a vida de um recém-nascido. Nem de outra forma poderia ser, pois sendo este crime uma forma privilegiada do artigo 131º então terão de estar verificados os elementos do tipo objectivo e subjectivo do homicídio simples para que se possa responsabilizar pelo crime de infanticídio, ou seja, deverá existir uma acção dirigida ao fim de matar e, que essa mesma acção recaia sobre uma pessoa².

Enquanto agente do crime só poderá ser a mãe que dá à luz, pois só ela pode sentir os efeitos do parto. A norma não é aplicável ao pai e avós do infante, como o era antigamente. Enquanto sujeito passivo do crime só poderá ser, naturalmente, o recém-nascido.

Os elementos constitutivos do tipo são: influência perturbadora do parto e homicídio do infante durante ou logo após o parto³. É necessária a verificação destes pressupostos para que a norma possa ser aplicada. O fundamento do privilegiamento é a perturbação oriunda do parto⁴.

Trata-se de um crime específico impróprio. É-o por duas razões: a primeira relaciona-se com o facto de não ser a relação especial – mãe e filho – que fundamenta o ilícito; a segunda, porque também não é essa relação especial que agrava o ilícito,

¹ Doravante “CP”.

² COSTA, Nuno, “Infanticídio privilegiado - contributo para o estudo dos crimes contra a vida no Código penal”, Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, 1989, pp. 182-184.

³ DIAS, Jorge de Figueiredo, *Comentário Conimbricense do Código Penal*, tomo I, 2ª ed., Coimbra, Coimbra editora, 2012, p. 170.

⁴ SILVA, Fernando, *Direito Penal Especial - Os crimes contra as pessoas*, 3ª ed., Lisboa, Quid Juris, 2008, p. 131.

acontecendo precisamente o contrário: é em virtude dessa relação especial que o efeito agravante do crime é neutralizado devido a uma culpa diminuída do agente⁵.

Estar-se-á perante um crime de infanticídio quando a morte do infante ocorra durante ou logo após o parto, assim sendo, pressupõe a lei que no momento do parto o feto já se considera pessoa e, portanto, é alvo de uma tutela penal mais extensa do que aquela que é aplicada ao feto, através da tipificação do aborto enquanto crime, pelo artigo 140º e 141º do CP.

Trata-se também de um crime de resultado e de um crime de forma livre. Assim, o crime poderá ser cometido através de vários meios, pois o que será incriminado será apenas o resultado típico – a morte do infante – independentemente dos meios utilizados que tenham levado à ocorrência da morte. Assume apenas a forma de dolo, bastando-se com o dolo eventual. Não há, portanto, crime de infanticídio negligente⁶.

O crime de infanticídio coloca algumas questões relativamente ao concurso de normas, na medida em que preenche o crime-base do homicídio do artigo 131º, mas, todavia, trata-se de um tipo de homicídio privilegiado que preenche também algumas alíneas do artigo 132º, nomeadamente a alínea a), presente em todos os casos de infanticídio - pois este só pode ser cometido pela mãe tendo como vítima o filho - e, também a alínea c), pois um recém-nascido é considerado uma pessoa particularmente indefesa.

Entende Figueiredo Dias que o artigo 131º - homicídio simples – e os tipos agravados (artigo 132º) ou privilegiados (artigo 133º e 134º) se encontram numa relação de especialidade⁷, pois o homicídio simples constitui o tipo fundamental e a lei geral, encontrando-se nos outros tipos elementos adicionais que caracterizam o respectivo crime. Prevalece, assim, a lei especial⁸.

No concurso entre o homicídio qualificado e os tipos de homicídio privilegiado – portanto, um concurso entre circunstâncias privilegiantes e circunstância qualificantes -,

⁵ ALBUQUERQUE, Paulo Pinto de, *Comentário do Código Penal à luz da Constituição da República e da Convenção Europeia dos Direitos do Homem*, 2ª ed., Lisboa, Universidade Católica, 2010, p. 368.

⁶ COSTA, Nuno, *op. cit.*, pp. 204-209.

⁷ Figueiredo Dias entende a relação de especialidade como “*relação (...) entre normas típicas abstractamente aplicáveis a um facto existe sempre que um dos tipos legais (lex specialis) integra todos os elementos de um outro tipo legal (lex generalis) e só dela se distingue porque contém um qualquer elemento adicional, seja relativo à ilicitude ou à culpa.*”, DIAS, Jorge de Figueiredo, *Direito Penal – Parte Geral – A doutrina geral do crime*, 2ª ed., Coimbra, Coimbra editora, 2007, p.994.

⁸ *Ibid.*, p. 994.

Raúl Soares da Veiga considera não se estar perante circunstâncias com uma igual relevância para caracterização do facto típico, na medida que a exigência especial perversidade ou censurabilidade do artigo 132º são apenas presunções, que serão ilididas se a acção típica tiver por base um motivo privilegiante. Dá como exemplo da sua teoria o caso do crime de infanticídio⁹, pois considera que por o elemento referente ao grau de parentesco – circunstância qualificadora do homicídio qualificado – cede na valoração feita quanto à motivação na prática do facto. Considera esta a melhor solução tendo em conta o princípio da culpa, que deverá conceder uma maior prevalência aos elementos subjectivos da acção, em detrimento dos elementos objectivos. Subscrive o autor a opinião de Sousa e Brito, que entende que os pressupostos sobre os quais assentam o homicídio privilegiado impedem a verificação da especial censurabilidade ou perversidade necessárias para a qualificação do crime enquanto homicídio qualificado¹⁰.

Frederico da Costa Pinto considera que o artigo 133º prevalece sobre o artigo 131º e 132º, pela relação de especialidade existente entre as normas, mas, sobretudo, porque o tipo de culpa contigo no homicídio privilegiado impede a aplicação do artigo 131º e do 132º. Entende que o homicídio privilegiado, enquanto tipo autónomo, assenta no pressuposto de uma culpa diminuída incompatível com a culpabilidade exigida no tipo de crime do homicídio simples e do homicídio qualificado. Não será possível uma graduação da culpa nos termos do artigo 131º, devido às cláusulas de culpa diminuída do 133º. Quando se verificarem os indícios das cláusulas do artigo 133º, o arguido deverá beneficiar do princípio in dubio pro reu, e com isso fica impedida a aplicação do artigo 131º ou do 132º, pois a dúvida impede a certeza exigida por estas normas. Assim, não há uma relação de concurso aparente entre o 133º e o 131º e 132º, pois estes tipos não se encontram preenchidos, não se podendo falar assim em concurso. A relação existente entre o homicídio privilegiado e o homicídio simples são apenas referente ao tipo de ilícito, mas já não quanto ao tipo de culpa, pois assentam em pressupostos diferentes de culpabilidade, não podendo ser simultaneamente preenchidos¹¹.

⁹ Haverá que ter em consideração que ainda vigorava a cláusula de desonra.

¹⁰ VEIGA, Raúl Soares da, “Sobre o homicídio no novo código penal – do concurso aparente entre homicídio qualificado e homicídio privilegiado”, in *Revista Jurídica*, nº4, Outubro-Dezembro, 1985, p. 44 (15-56).

¹¹ PINTO, Frederico de Lacerda da Costa, “Crime de homicídio privilegiado – acórdão da relação de Évora de 4 de fevereiro de 1997”, in *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, ano 8, fasc. 2º, Abril-junho, Coimbra editora, Abril-Junho, 1998, pp. 292-293 (279-300).

Augusto Silva Dias entende que no confronto de normas assentes em circunstâncias qualificantes e circunstâncias privilegiantes, a questão fica resolvida no plano da culpa das normas. No homicídio qualificado está em causa uma especial censurabilidade ou perversidade do agente revelada no facto típico, ao passo que no homicídio privilegiado as circunstâncias atinentes à prática do facto revelam uma culpa compreensível, e por isso atenuada. Entende o autor que o facto típico não pode revelar simultaneamente uma atitude especialmente censurável ou perversa, nos termos do artigo 132º, e também uma atitude compreensível. A presença de uma circunstância privilegiadora irá impedir a aplicação do homicídio qualificado, pois o respectivo tipo de culpa não é comprovável. Assim, a circunstância privilegiadora poderá ser valorada em sede de homicídios privilegiados – 133º, 134º ou 136º - desde que manifeste um grau de culpa sensivelmente diminuído. Se, todavia, não se traduzir numa culpa diminuída, deverá ser aplicado o homicídio simples, com uma possível atenuação nos termos artigo 72º¹².

Fernanda Palma entende que não se verificam relações de especialidade entre as normas que preveem tipos de homicídio privilegiados – artigo 133º e 134º ou artigo 133º e 137º. Entende que a solução a aplicar será diferente consoante a relação que se estabelece entre elas. Se não existir uma área de coincidência entre as normas, mas, ao invés, uma sobreposição, incidindo sobre aspectos diferentes da actuação do agente, então estar-se-á perante um concurso efectivo. Contudo, se existir uma coincidência no campo de actuação das normas, por uma ser mais genérica que a outra de modo a abarcar a conduta típica da outra norma, irá prevalecer a norma que mais exaustivamente prevê a menor culpa do agente manifestada no facto¹³.

Fernando Silva considera que o artigo 136º está numa relação de especialidade com o artigo 131º, pois trata-se de uma forma de homicídio e não um tipo de ilícito autónomo. Está também numa relação de concurso com o artigo 132º, tendo em consideração algumas alíneas descritas pelo artigo, nomeadamente a alínea a). Contudo, esse concurso só se relaciona com essas alíneas e não com o tipo legal do homicídio, pois a especial censurabilidade e a perversidade são afastadas devido à influência

¹² DIAS, Augusto Silva, *Direito Penal - Parte especial - Crimes contra a vida e a integridade física*, 2ª ed., Lisboa, AAFDL, 2007, p. 65-66.

¹³ PALMA, Maria Fernanda, *Direito Penal – parte especial – crimes contra as pessoas*, Lisboa, 1983, pp. 96-97.

perturbadora do parto. Não há concurso entre o artigo 136º e o artigo 133º, pois assentam em fundamentos distintos¹⁴.

Entendemos na relação entre o homicídio qualificado e o homicídio privilegiado não há uma relação de concurso, pois, seguindo a maioria da doutrina, a culpa diminuída que actua enquanto pressuposto nos tipos de ilícito do homicídio privilegiado impede a verificação de um grau de culpa mais elevado para efeitos de aplicação do tipo legal do homicídio qualificado.

Na relação entre o homicídio simples e o infanticídio consideramos não existir verdadeiramente um concurso, pois a única área de sobreposição encontra-se relativamente ao tipo de ilícito – por se tratar de um homicídio – mas já não quanto ao tipo de culpa de cada norma. O tipo do infanticídio assenta no pressuposto de uma culpa diminuída, incompatível com o tipo de culpa do homicídio simples

Na relação entre homicídio privilegiado e o crime de infanticídio entendemos, na esteira de Helena Morão, que não existe obrigatoriamente uma relação de concurso entre as normas, pois as “esferas de aplicação” das respectivas normas podem não coincidir, aproveitando-se apenas um tipo de ilícito enquanto tipo-base para a construção de um outro tipo de ilícito¹⁵. Entendemos que o homicídio privilegiado e o tipo legal do infanticídio têm pressupostos diferentes. O homicídio privilegiado assenta numa culpa diminuída em função de uma menor inexigibilidade, ao passo que o infanticídio assenta no pressuposto de uma culpa diminuída, advinda de uma anomalia psíquica, em virtude da qual o agente será tido como imputável diminuída, no homicídio privilegiado não se colocam questões relativas à inimputabilidade dos agentes. Assim, não há uma sobreposição destas normas, não existindo, portanto, nenhuma relação de concurso entre ambas.

Se o infante nascer morto, mas a parturiente não se aperceber disso, e empreender manobras com vista à morte do filho, não será punida pois trata-se de um crime impossível. Se, a parturiente, sobre a influência perturbadora do parto matar um recém-

¹⁴ SILVA, Fernando, *op. cit.*, p. 141.

¹⁵ MORÃO, Helena, in *Direito penal – parte especial: lições, estudos e casos*, Coimbra editora, 2007, p. 407.

nascido que acreditava ser o seu filho, mas que, todavia, não o era, será punida pelo crime de infanticídio, ainda que, putativo¹⁶.

1.2. Considerações Históricas – A “Cláusula de Desonra”

Nas origens históricas da tipificação do crime de infanticídio na lei penal Portuguesa, encontrava-se a denominada “cláusula de desonra”. Esta cláusula estendia o privilégio às mães que matavam os filhos, movidas pelo desejo de ocultar a desonra da sociedade. Este privilegiamento encontrava justificação na repulsa com que o adultério era encarado, bem como a censura dirigida a mulheres que tinham filhos sem existir entre elas e o pai qualquer relação matrimonial. Assim, para evitar que toda a sociedade tomasse conhecimento dos seus comportamentos sexuais tidos como “desviantes”, por não se enquadrarem no modo de vida mais comum da sociedade, as mães matavam os filhos à nascença¹⁷.

A lei privilegiava esta conduta da mãe homicida por considerar que a pressão social exercida em relação à “boa honra” influenciava a vontade da mulher quanto à prática do crime, nos mesmos moldes que a influência perturbadora do parto¹⁸.

Na revisão do Código Penal de 1993, esta cláusula veio a ser retirada. Na comissão de discussão do Projecto, Figueiredo Dias mostrou-se a favor da sua eliminação, por entender que já não tinha correspondência com os tempos actuais, pois ter um filho não poderia ser tido como uma desonra¹⁹.

Para Fernando Silva, a supressão desta cláusula não significa que as questões conexas com a honra, quando levem a que a mãe mate o filho, não possam ser valoradas, contudo, poderão ser apenas em sede do artigo 133º do CP²⁰.

¹⁶ LEAL-HENRIQUES, M., SANTOS, Manuel Simas, *Código Penal Anotado - Parte especial: arts 131º a 386º*, vol. II, 3ª ed., Lisboa, Rei dos Livros, 2000, p. 176.

¹⁷ COSTA, Nuno, *op. cit.*, p. 184.

¹⁸ *Ibid.*, pp. 194-195.

¹⁹ MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, *Código Penal, Actas e Projecto da Comissão de Revisão*, Lisboa, ed. Ministério da Justiça, 1993, Acta nº21 de 1990, pp. 201-202.

²⁰ SILVA, Fernando, *op. cit.*, p. 135.

Teresa Serra, apesar da concordância inicial com a alteração legislativa, entende que não é possível considerar que actualmente ainda não exista uma pressão social sobre a mulher quanto às suas práticas sexuais, de forma a que o constrangimento sentido e a marginalização social não se traduzam numa afectação da capacidade de avaliação e determinação quanto a uma situação concreta, que resulte numa maior inexigibilidade quanto ao facto praticado²¹.

1.3. Conduta típica – sob a influência perturbadora do parto

A cláusula de desonra já não vigora no nosso ordenamento jurídico Português. Assim, para efeitos de privilegiamento do crime de infanticídio subsistiu apenas a “influência perturbadora do parto”. Só em função desta influência se poderá dar o privilegiamento da conduta típica.

Da leitura deste mesmo artigo e face à eliminação da cláusula de desonra, se depreende que só será aplicável esta norma àquelas condutas que ocorram devido a uma influência que se tenha como consequência do parto. Assim, seguindo Nuno Costa, quis o legislador que todos os motivos que se não liguem à influência perturbadora do parto - tais como, a pobreza que existe no seio familiar, o ódio ou ciúme que possa existir relativamente ao filho ou ao pai do filho, ou por não se terem estabelecido vínculos afectivos entre a mãe e o filho -, não serão susceptíveis de levar ao privilegiamento. Ou seja, apenas as perturbações resultantes do parto poderão aqui ser tuteladas, tendo em conta o efeito que dar à luz pode ter sobre a mulher²².

O conceito de influência perturbadora do parto, só pode ser aferido tendo em conta elementos psicológicos. A lei procura tutelar os fenómenos que sejam susceptíveis de causar na mãe uma forte perturbação psicológica. Estes fenómenos deverão estar em conexão com o parto – apelando-se assim para as dores físicas e o nível de exaustão que dar à luz provoca na mulher, bem como a representação psicológica, feita por si mesma²³. O conceito jurídico de “influência perturbadora do parto” está associado a

²¹ SERRA, Teresa, “Homicídios em série”, in *Jornadas sobre a revisão do código penal*, Lisboa, 1998, p. 149 (119-156).

²² COSTA, Nuno, *op. cit.*, pp. 211-213.

²³ *Ibid.*, p. 213.

estados depressivos e perturbações do foro neurológico que tenham sido causados pelo parto, devido a factores relacionados com as dores físicas ou outras alterações biológicas ou psíquicas, que possam ter sido por ele originadas²⁴. Para Heleno Fragoso, este conceito diz respeito a perturbações que tenham origem em factores fisiológicos, tais como, dores, perda de sangue excessiva e esforço muscular, susceptíveis de originar na mulher perturbações físico-psíquicas²⁵.

Para Figueiredo Dias, as perturbações ocorridas pelo parto, podem ser de duas formas – endógenas ou exógenas. As primeiras têm origem numa tendência ou num estado depressivo presente na mulher. As segundas, estão relacionadas com uma situação social ou moral que atingem psicologicamente a mulher – podendo ser a desonra o motivo da perturbação ou uma situação económica²⁶.

Para Augusto Silva Dias, este conceito abrange aquilo que é designado por “melancolia do parto”, corresponde este a um estado no qual as parturientes incorrem após o parto, que se traduz em estados de irritabilidade, ansiedade ou preocupação excessiva. Esse estado melancólico pode durar horas ou dias ou, pode até mesmo, evoluir para uma depressão pós-parto²⁷.

A aplicação do tipo legal é afastada nos casos em que se considera ter existido premeditação do facto típico, pois esta implica que a mãe se tenha decidido a matar o filho antes de dar à luz, tendo havido aqui um cálculo criminoso, que não se compagina com a perturbação do parto, por esta ser o resultado do facto de dar à luz e, portanto, sempre posterior ao mesmo²⁸.

A existência de uma perturbação oriunda do parto enquanto motivo intrínseco para a prática do crime deverá ser provada através de perícias e pareceres médicos. Para Nuno Costa, apenas é necessário provar a existência dessa perturbação do parto não sendo, no entanto, necessário que se prove a forma como esta veio a alterar a capacidade de liberdade e determinação da mulher, nem mesmo que tenha sido o factor determinante para a prática do homicídio. Assim, entende que feita a prova desse estado perturbado devido ao parto encontra-se preenchido o tipo de culpa, independentemente do grau de

²⁴ SILVA, Fernando, *op. cit.*, p. 132.

²⁵ FRAGOSO, Heleno, *Lições de Direito Penal – parte especial*, tomo I, São Paulo, José Bushatsky, 1977, p. 83.

²⁶ DIAS, Jorge de Figueiredo, *op. cit.*, p. 170.

²⁷ DIAS, Augusto Silva, *op. cit.*, p. 46.

²⁸ ALBUQUERQUE, Paulo Pinto de, *op. cit.*, p. 369.

intensidade daquela perturbação²⁹. Por outro lado, Leal-Henriques e Simas Santos, entendem que deverá ser feita prova quanto a saber se a perturbação teve influência na prática do crime³⁰. Se da análise da prova efectuada, o juiz ficar em dúvida insanável acerca da sua existência ou não, deverá fazer valer-se do princípio *in dubio pro reu*, e considerar que o facto típico preenche o tipo legal do infanticídio, ao invés de punir pelos artigos 131º ou 132º do CP³¹.

1.3.1. Carácter temporal

O homicídio do infante pode ocorrer em dois momentos distintos: durante o parto – caso em que se trata de uma criança nascente ou, logo após o parto – tratando-se, assim, de uma criança neonata³².

Se a conduta tiver lugar antes de iniciado o parto então estar-se-á perante um crime de aborto. Só estaremos perante um crime de infanticídio, para efeitos de tutela jurídico-penal do nosso ordenamento jurídico, quando a conduta tenha lugar “durante ou logo após o parto”, ainda que, seguindo aqui o entendimento de Figueiredo Dias³³, o resultado se possa vir a manifestar mais tarde. Assim, é importante delimitar temporalmente estes conceitos. O conceito de início do parto será abordado mais adiante.

O conceito “logo após o parto” é entendido literalmente, ou seja, o momento a seguir ao corte do cordão umbilical - pressupondo aqui que o parto termina no momento em que a criança é expulsa do ventre materno – contudo, tendo em conta que o privilegiamento da lei se dá devido à influência perturbadora do parto, este conceito deverá ser alargado de forma a poder abarcar todo o período pós-parto que se segue, onde ainda possam subsistir os efeitos do estado puerperal. Entendem Leal Henriques e Simas Santos que, enquanto a mãe da criança não voltar ao seu estado normal e consciente, em que possa responder pelo seu instinto maternal, longe dos efeitos

²⁹ COSTA, Nuno, *op. cit.*, pp. 214-215.

³⁰ LEAL-HENRIQUES, M., SANTOS, Manuel Simas, *op. cit.*, p. 176.

³¹ DIAS, Jorge de Figueiredo, *op. cit.*, p. 172.

³² LEAL-HENRIQUES, M., SANTOS, Manuel Simas, *op. cit.*, p. 173.

³³ DIAS, Jorge de Figueiredo, *op. cit.*, p. 171.

negativos que o parto possa ter tido sobre a sua capacidade, deverá ainda ser aplicável o respectivo privilegiamento, pois só quando a agente estiver livre dos condicionalismos do parto é que poderá ser tida como completamente capaz de agir ponderadamente, e nesses casos a sua conduta será valorada fora do privilegiamento deste artigo e, portanto, nos termos gerais do homicídio³⁴.

Nesta linha de orientação parece enveredar, também, Augusto Silva Dias. Para o autor, não é possível delimitar rigorosamente o período “após o parto” para efeitos do crime de infanticídio. No entanto, deverá considerar-se que tal período termina quando cessam os efeitos mais intensos da perturbação puerperal³⁵.

Contudo, Figueiredo Dias não propugna pelo mesmo entendimento, considerando discutível se ao conceito “após o parto” deverá ser dada uma conotação apenas temporal ou, por outro lado, uma conotação psicológica. Para tal, argumenta que a orientação da jurisprudência vai no sentido da primeira hipótese. O que significa que a acção deverá ter lugar imediatamente após o parto, num determinado período em que se considere ainda razoável supor que a mãe se encontra sobre a influência perturbadora do parto, apelando às regras da ciência médica. Assim, o preenchimento deste conceito deverá ser feito de forma literal, tal significa que a acção da mãe, para que possa ser alvo deste privilegiamento, deverá ter lugar imediatamente após o parto. Se a acção tiver lugar semanas ou meses após o parto, ainda que se comprove que sobre a mãe incidia um transtorno mental pós-parto, tal não deverá ficar abrangido pela norma, sendo a mãe punida nos termos gerais do homicídio³⁶.

Para Fernando Silva, embora alguns meses após o parto, e ainda que seja possível conectar a perturbação da mãe com o parto, tais situações já cairão fora do âmbito do artigo 136º. Contudo, ressalva que se tais perturbações tiverem alguma relevância na culpa da mãe, deverão ser tidas em conta, mas não para efeitos de aplicação deste artigo. Assim, entende que, tendo em conta a literalidade do artigo, as condutas que estão abrangidas no conceito de “logo após o parto” dizem respeito a um curto espaço de tempo. Entende que se a conduta tiver lugar num espaço de tempo mais alargado, que não em breves instantes após o parto, já será difícil aceitar o privilegiamento da mesma. Argumenta para tal que com o tempo as relações de afectividade entre a mãe e o filho

³⁴ LEAL-HENRIQUES, M., SANTOS, Manuel Simas, *op. cit.*, p. 174.

³⁵ DIAS, Augusto Silva, *op. cit.*, p. 46.

³⁶ DIAS, Jorge de Figueiredo, *op. cit.*, pp. 171-172.

recém-nascido se vão intensificando, sendo por isso impossível que se possa aplicar o tipo legal em causa, pois no momento imediatamente a seguir ao parto ainda não existe uma relação de proximidade e afectividade acentuada entre a mãe e o filho e, por isso, encontrando-se a mãe num estado de perturbação, os motivos que a deveriam impedir da prática do crime são menos intensos, justificando-se com isso a ponderação do privilegiamento³⁷.

Não releva o momento no qual ocorre o resultado morte, o que importa é que a acção destinada à morte do recém-nascido tenha tido lugar “durante ou logo após o parto”, para que possamos estar perante um crime de infanticídio³⁸.

1.4. A culpa no artigo 136º

Não é unânime na doutrina o entendimento de que o crime de infanticídio seja um tipo de culpa.

Figueiredo Dias propugna pelo infanticídio enquanto tipo de ilícito, pois entende tratar-se de um tipo privilegiado autónomo do homicídio³⁹.

Contudo, não cabendo aqui uma análise detalhada dessa divergência, encaramos o infanticídio como um tipo de culpa. Para tal se encontra suporte na posição de Nuno Costa. Para o autor, não poderíamos estar perante um tipo de ilícito, pois tal assentaria numa ponderação de bens, o que levaria a considerar que a vida do filho valeria então menos do que os motivos que estariam na base da conduta da mãe. Entende, assim, inaceitável que a honra pudesse valer mais do que a vida humana, de modo a atenuar a ilicitude do facto. O mesmo será extensível à influência perturbadora do parto. As circunstâncias descritas pela norma que levam ao privilegiamento do infanticídio face ao homicídio simples são elementos da culpa e não da ilicitude e, por isso, não se poderia estar perante um tipo de ilícito⁴⁰.

³⁷ SILVA, Fernando, *op. cit.*, pp. 136-137.

³⁸ FRAGOSO, Heleno, *op. cit.*, p. 86.

³⁹ DIAS, Jorge de Figueiredo, *op. cit.*, p. 170.

⁴⁰ COSTA, Nuno, *op. cit.*, pp. 188-193.

Tendo a culpa a função de caracterizar aqueles elementos que constituem a atitude interna do agente face ao Direito, justifica-se o privilegiamento do artigo 136º devido à situação excepcional em que se encontra o agente do facto - traduzida numa culpa diminuída - sem a qual, não teria então cometido o crime.

Para análise da culpa diminuída exigida no tipo legal do crime de infanticídio, é necessário explicitar também o que é entendido na doutrina por culpa.

Traduz-se na censura que é feita ao agente, reportada àquele concreto facto típico por ele cometido. Essa censura, apesar de ter por base a acção do agente, é-lhe dirigida pelo facto de não ter actuado de outra forma, ou seja, por não ter agido conforme à norma. A censura dirigida ao agente não tem apenas uma conotação psicológica, é, também, uma censura quanto à sua motivação⁴¹.

A culpa tem na sua base dois aspectos, com os quais deverá estar conectada: o primeiro – o aspecto cognitivo – está relacionado com a capacidade de compreensão do agente relativamente aos actos que pratica ou com a avaliação da ilicitude do facto; o segundo – o aspecto volitivo – é a capacidade de o agente se determinar de acordo com a representação que faz dessa avaliação⁴². A capacidade de determinação pressupõe a capacidade de o agente reconhecer o dever jurídico e determinar-se de acordo com esse conhecimento⁴³.

Assim, na análise da culpa importa considerar os motivos que estão por detrás da actuação do agente, pois é através dele que, tendo sempre em conta o caso concreto, iremos avaliar se ele podia ou não ter agido de outra forma. Pode acontecer que, por vezes, a situação exterior ao agente que o motiva a praticar o facto leve a que o mesmo não tenha liberdade suficiente para agir de outra forma, sendo que a única actuação possível seria uma actuação desconforme à norma. Assim, a culpa exige sempre que perante as circunstâncias sobre as quais o agente actuou, este não pudesse ter agido de outra forma⁴⁴.

⁴¹ CORREIA, Eduardo, *Direito Criminal*, Coimbra, Almedina, 1993, pp. 320-321.

⁴² COSTA, José de Faria, *Noções Fundamentais de Direito Penal - fragmenta iuris poenalis*, 4ª ed., Coimbra, Coimbra editora, 2015, pp. 322-323.

⁴³ DIAS, Jorge de Figueiredo, *Liberdade, Culpa, Direito Penal*, 2ª ed., Coimbra, Coimbra editora, 1983, p. 66.

⁴⁴ CORREIA, Eduardo, *op. cit.*, p. 318.

Assenta na liberdade e na consciência da vontade dos indivíduos. Tem por base o pressuposto de que todos os homens são livres e inteligentes e, portanto, capazes de decidir por eles próprios quanto à realização de um facto. É sempre o acto interior do agente, a sua vontade, mas sempre reportada ao facto típico. Tendo por base essa ideia de que culpa assenta na liberdade de autodeterminação, o que se censura ao agente é o uso indevido que fez da liberdade e da vontade, pois poderia e deveria ter escolhido agir de acordo com o Direito, mas preferiu fazê-lo em violação da norma. No processo de formação da vontade do agente, enquanto ser livre e capaz de se autodeterminar, intervém a motivação, impulsos emocionais e, sentimentos⁴⁵.

Repudiamos a doutrina que entende a culpa enquanto culpa pela formação da personalidade. Tal teoria é defendida entre nós por Figueiredo Dias, que propugna pela ideia de que a culpa não estará na vontade de praticar o facto, mas, antes, na personalidade do agente, que é exprimida no facto. Assim, a culpa assentará no facto de o agente não ter conformado a personalidade com o Direito, pressupondo que para todos os indivíduos existe um dever de conformação pessoal com o Direito. Esta doutrina assenta na ideia de que quando o agente decide praticar um facto, como ser livre que é, está a decidir também sobre si próprio, criando com isso a sua personalidade. Assim, nestes termos, será punido pela personalidade que tem vindo a criar – personalidade desconforme ao direito – e não pelo concreto facto típico que praticou. A censura é dirigida à personalidade do agente, por não ser conforme ao Direito e, em virtude da mesma, praticar um crime, sendo este a expressão dessa personalidade⁴⁶.

A influência perturbadora do parto é tida como um indício dessa sensível diminuição da culpa⁴⁷, pois é essa perturbação que afecta o discernimento e leva à prática do crime, como uma reacção ao estado psíquico actual. Para Fernando Silva, o parto causa sempre uma perturbação na mãe e, portanto, o cerne da questão será o de analisar a dimensão dessa perturbação na capacidade de avaliação, de forma a alterar a correcta percepção dos factos⁴⁸. Assim, a influência perturbadora do parto constitui o elemento especial do tipo de culpa do crime de infanticídio⁴⁹.

⁴⁵ FERREIRA, Manuel Cavaleiro, *Direito Penal Português - parte geral*, tomo I, Lisboa, Verbo, 1981-1982, pp. 412-417.

⁴⁶ DIAS, Jorge de Figueiredo, *op. cit.*, pp. 521-524.

⁴⁷ COSTA, Nuno, *op. cit.*, pp. 190-192.

⁴⁸ SILVA, Fernando, *op. cit.*, pp. 131-132.

⁴⁹ ALBUQUERQUE, Paulo Pinto de, *op. cit.*, p. 368.

Na análise da culpa há-que ter em conta, também, a referência ao critério temporal que delimita o crime. Só haverá privilegiamento quando a conduta tenha lugar “durante ou logo após o parto”. Assim, a referência “logo após o parto” tem reflexos na culpa do agente, pois opera como elemento objectivo da culpa. Se a conduta infanticida tiver lugar após este período delimitado pela lei – ou seja, momentos após o parto – já não haverá uma sensível diminuição da culpa⁵⁰, e será punida nos termos do homicídio simples, podendo-se dar a respectiva qualificação ou privilegiamento, que somente será feito pelo artigo 133º, nunca pelo artigo 136º.

Para Nuno Costa, o facto de as relações afectivas entre a mãe e o filho recém-nascido não se terem ainda intensificado fundamenta, também, a menor censura do facto típico, tendo em conta que essas relações só poderão ser criadas com a convivência e esta não chegou a existir. Essa situação faz com que a decisão de matar o filho seja mais facilmente tomada, pois os motivos que a movem a não praticar o facto típico são facilmente ultrapassáveis⁵¹.

O facto de a mãe matar o filho sobre a influência perturbadora do parto afasta a especial censurabilidade e perversidade exigida pelo artigo 132º - no qual seria susceptível de enquadramento, por aplicação da alínea a) – pois a existência de uma perturbação faz com que se desconsidere o maior grau de culpa da mãe que associa o filho à perturbação⁵².

Margarida Silva Pereira entende que a menor censurabilidade dirigida à mãe que acaba de dar à luz e mata o nascituro reside no facto de esta não reconhecer o recém-nascido como “outro” e desconsiderar, por isso, a vida do próprio filho. Essa menor consideração leva a uma menor motivação pela norma, devido ao alterado estado puerperal no qual a mãe se encontra⁵³.

O artigo 136º pressupõe que a mãe age com alguma culpa ao tempo da prática do facto, tal significa que embora com as suas capacidades diminuídas, ainda seria capaz de se determinar pela norma. É partindo desse pressuposto que, embora com um

⁵⁰ COSTA, Nuno, *op. cit.*, p. 194.

⁵¹ COSTA, Nuno, *op. cit.*, pp. 190-191.

⁵² SILVA, Fernando, *op. cit.*, p. 135.

⁵³ SILVA PEREIRA, Margarida, *Direito Penal II - Os homicídios*, vol. II, Lisboa, AAFDL, 1998, p. 146.

privilegiamento, ainda se pode punir a mãe pela prática do facto, pois é possível identificar a consciência da ilicitude na prática do mesmo⁵⁴.

Para Eduardo Correia, a culpa diminuída presente neste artigo diz respeito à imputabilidade diminuída do agente⁵⁵.

Também Fernando Silva entende estarmos perante uma situação semelhante à de semi-imputabilidade⁵⁶. A mãe ingressa nesse estado devido à diminuição das suas capacidades, em função da perturbação da qual sofre, como resultado do parto. Tal perturbação implica que a capacidade de motivação pela norma seja mais reduzida, do que o que seria sem essa perturbação. Assim, a motivação para matar é um reflexo de uma reacção instintiva, motivada pelo estado de debilidade e fragilidade, na qual a mãe se encontra, motivo pelo qual a censura que lhe é dirigida não é tão grave, sendo assim alvo de um privilegiamento, pois tal desequilíbrio emocional aumenta a probabilidade de serem praticados actos que a mulher normalmente não os praticaria se não fosse a existência dessa perturbação⁵⁷.

1.4.1. Imputabilidade Diminuída

O primeiro degrau a preencher na análise da culpa é o da imputabilidade – o agente só será passível de culpa se for considerado como imputável. Assim, na esteira de Eduardo Correia, a imputabilidade traduz-se “*naquele conjunto de qualidades pessoais que são necessárias para ser possível a censura ao agente por ele não ter agido de outra maneira.*”⁵⁸ Reporta-se à capacidade penal do agente⁵⁹. Essas qualidades pessoais exigidas são: a idade máxima exigida pela lei e a inexistência de anomalias psíquicas. Quando preenchidos estes dois requisitos, a lei assume que o indivíduo possui o mínimo de capacidade de autodeterminação exigida para que possa ser alvo de responsabilidade penal⁶⁰.

⁵⁴ SILVA, Fernando, *op. cit.*, pp. 132-133.

⁵⁵ COSTA, Nuno, *op. cit.*, p. 211.

⁵⁶ Conceito equivalente ao de imputabilidade diminuída.

⁵⁷ SILVA, Fernando, *op. cit.*, p. 132.

⁵⁸ CORREIA, Eduardo, *op. cit.*, p. 331.

⁵⁹ FERREIRA, Eduardo Cavaleiro, *op. cit.*, p. 427.

⁶⁰ LEAL-HENRIQUES, M., SANTOS, Manuel Simas, *op. cit.*, p. 261.

É comum distinguir-se entre imputabilidade e imputação. A imputabilidade diz respeito à susceptibilidade de responsabilidade criminal de um concreto indivíduo, tendo em conta um facto futuro. A imputação, por sua vez, tem por base um concreto facto praticado por um determinado agente, que vem a ser declarado imputável ou inimputável. Assim, na imputabilidade faz-se um juízo abstracto, ao passo que na imputação se está perante um juízo concreto, vindo a determinar se o agente, no momento da prática do facto típico, tinha ou não a liberdade e consciência necessárias, determinando dessa forma a responsabilidade dos seus actos⁶¹.

Como requisitos da imputabilidade surge a inteligência e a liberdade para a prática de factos. A inteligência encontra-se associada à razão, e por isso aparece como um pressuposto da imputabilidade, na medida que, para que um agente possa ser imputável será necessário que tenha a consciência e conhecimento do facto que está a praticar. Para Cavaleiro de Ferreira, esse conhecimento refere-se ao conhecimento do facto singular, ao conhecimento psicológico e ao conhecimento valorativo do acto. A inteligência e a razão que se presume existir nos seres humanos traduz-se no conhecimento e na valoração dos actos que praticam. Só se pode falar em liberdade de praticar o facto quando o agente, no caso concreto, pôde escolher entre praticar ou não o facto, ou o seu não impedimento⁶². Quando o agente foi livre na escolha da prática do facto será um agente racional, pois para Eduardo Cavaleiro Ferreira, “*a vontade livre é vontade racional*”⁶³.

Para imputar ao agente o concreto facto típico praticado é necessário que o facto e a vontade do autor para o praticar estejam numa relação de causalidade. O facto deverá ser sempre atribuído à voluntariedade de quem o praticou. Por isso se diz que a imputabilidade diz respeito às condições psíquicas do agente para a prática do facto, pois é necessário que este seja livre de condicionantes, capaz de conhecer a ilicitude do facto e de se determinar de acordo com essa avaliação. A intenção, a liberdade, o conhecimento e, o poder, serão então as bases da imputabilidade⁶⁴.

Imputabilidade pressupõe que o indivíduo seja capaz de decidir por ele próprio, e de se adaptar socialmente, respeitando as exigências da sociedade. Assim, este conceito

⁶¹ SILVEIRA, José dos Santos, “Causas de imputabilidade e semi-imputabilidade”, Dissertação de Licenciatura, Lisboa, Faculdade de Direito da Universidade Lisboa, 1942-1943, p. 17.

⁶² FERREIRA, Eduardo Cavaleiro, *op. cit.*, pp. 421-423.

⁶³ *Ibid.*, p. 424.

⁶⁴ BUENO, Santiago Delgado, *Psiquiatria legal y forense*, vol. I, Colex, Madrid, 1994, pp. 113-114.

pressupõe que o agente dispõe de condições psíquicas suficientes para a valoração social e para a associação de representações de forma e velocidade normal, sem impulsos anormais e com base afectiva correspondente à média. Diz respeito a um desenvolvimento mental sano, sem perturbações ao nível da consciência. Imputável será, portanto, um agente com um grau de determinação normal⁶⁵.

Assim, a imputabilidade traduz-se na capacidade de praticar actos por ele próprio. Esse requisito de imputabilidade nunca é feito de forma geral relativamente a um agente, mas, antes, em concreto tendo em conta o facto por ele praticado em conexão com o tipo legal de crime. Tal razão assenta no pressuposto de que por vezes, o mesmo agente possa ser considerado imputável relativamente à prática de um facto e, contudo, inimputável para a prática de outro, tendo em conta a capacidade de valoração dos actos que pratica⁶⁶.

Se a liberdade opera como um requisito da imputabilidade, e se a liberdade de escolha e de decisão não estão presentes ao tempo da prática do facto, se o agente não consegue distinguir o ilícito, o injusto e, o mal, não será responsável pelos seus actos, por não ser possível apurar no agente a capacidade de autorreflexão necessária para a responsabilidade criminal. Assim, não responde perante essa consciência – pois a mesma não existiu –, nem perante a comunidade, de acordo com os seus parâmetros de consciência ética. Em suma, não responde pelo facto típico praticado⁶⁷.

Imputabilidade assemelha-se a autorresponsabilidade, pois o agente será responsável pelos actos praticados, em virtude de não ter escolhido agir de outra forma, apesar de ser livre para o fazer⁶⁸.

A lei parte do pressuposto de que todos os homens são imputáveis. Só será considerado inimputável quando se demonstre. Contudo, entende a doutrina que um indivíduo nem sempre é imputável ou inimputável durante toda a vida. Pode acontecer que em certos momentos o agente se encontre incapaz de fazer a correcta valoração dos acontecimentos, podendo tal situação consistir numa incapacidade accidental. Essas, traduzem-se numa causa de imputação relativamente ao concreto facto punível. O caso de incapacidades permanentes e duradouras, já constituem estados de

⁶⁵ Ibid., p. 116.

⁶⁶ CORREIA, Eduardo, *op. cit.*, p. 346.

⁶⁷ COSTA, José de Faria, *op. cit.*, p. 337.

⁶⁸ BUENO, Santiago Delgado, *op. cit.*, p. 115.

inimputabilidade⁶⁹. A inimputabilidade não é graduável, apenas a imputabilidade o é, pois esta pode oscilar, podendo em certas alturas se encontrar diminuída e noutras não⁷⁰.

Para Eduardo Correia, a imputabilidade diz respeito à face endógena do crime, sendo aqui de considerar o estado psíquico do agente. Como causa de inimputabilidade surgem as perturbações mentais que retiram ao agente a liberdade quanto à escolha da prática do facto típico. Assim, não será possível dirigir-se-lhe uma censura, pois que o agente não poderia ter agido conforme ao Direito.

A não existência de perturbações mentais não surge, assim, enquanto requisito único da imputabilidade, é necessário também que seja possível censurar o agente pela prática do facto. Só quando ligada à questão da censura do facto é que a discussão das perturbações mentais ganha relevo. Ou seja, é necessário que a perturbação mental da qual o agente padece possa excluir o juízo de censura dirigido a um indivíduo plenamente imputável. Assim, a imputabilidade tem por base um critério misto, que atende não só à existência de perturbações mentais, mas também aos respectivos efeitos psicológicos para determinar se o juízo de censura é ou não possível⁷¹.

Para aferir o grau de imputabilidade de um agente, declarando-o enquanto tal, ou enquanto inimputável ou imputável diminuído, é necessário, na esteira de Pedro Polónio, avaliar se ao tempo da prática do facto o agente tinha a possibilidade de não o praticar, tendo em conta o conhecimento da ilicitude e a vontade do agente. As valorizações do indivíduo, a sua forma de ser, ou o estado psíquico no qual se encontrava, exercem uma influência quanto à prática do facto típico, pelo que a imputabilidade deverá ser analisada à luz de uma dessas considerações⁷².

A inimputabilidade vem referenciada no artigo 20º/1 e a imputabilidade diminuída no nº2. São ambos conceitos de difícil preenchimento por parte da doutrina, nomeadamente quanto a saber o que se considera por “anomalia psíquica” para efeitos de inimputabilidade e quais os casos que serão enquadrados no conceito de imputabilidade diminuída.

⁶⁹ FERREIRA, Eduardo Cavaleiro, *op. cit.*, pp. 424-425.

⁷⁰ *Ibid.*, p. 432.

⁷¹ CORREIA, Eduardo, *op. cit.*, pp. 335-337.

⁷² POLÓNIO, Psiquiatria forense, Lisboa, Coimbra editora, 1975, p. 90.

O nº1 condiciona a inimputabilidade à verificação de dois pressupostos: o biológico e o psicológico. O primeiro exige a presença de uma anomalia psíquica na pessoa do agente do crime. O segundo exige a incapacidade de avaliação da ilicitude ou de determinação de acordo com a avaliação feita, como consequência da existência da respectiva anomalia psíquica⁷³.

Em ambos os casos – inimputabilidade e imputabilidade diminuída - estamos perante uma causa de exclusão da culpa ou, no entendimento de Paulo Pinto de Albuquerque, causas de obstáculo à comprovação da culpa. O conceito de “anomalia psíquica”, para o autor, diz respeito a doenças mentais, como psicoses endógenas – loucura maníaco-depressiva - e exógenas e perturbações profundas da consciência (patológicas ou não patológicas). Essa anomalia psíquica poderá ser transitória ou acidental⁷⁴. Eduardo Correia divide em dois grupos as perturbações que constituem o conceito de “anomalia psíquica”. Por um lado, estão as psicoses em sentido estrito (ou doenças mentais) e, por outro, as perturbações da personalidade – débeis mentais e anormais (psicopatas). Contudo, enquanto perturbações mentais em geral ainda se poderão enquadrar algumas perturbações singulares, perturbações da consciência e neuroses⁷⁵.

Para José dos Santos Silveira, estar-se-á perante um distúrbio integrável no conceito de anomalia psíquica quando a perturbação configure um desarranjo mental e privação do uso da razão, sendo o caso das psicoses, ou quando apesar de não afectar as faculdades intelectuais do agente, consubstancie numa deformação do carácter, afectando o temperamento e a vida afectiva e volitiva, reagindo o delinquirente de forma anormal às acções externas, enquadrando-se aqui as perturbações da personalidade⁷⁶. Será inimputável o agente considerado como louco, cuja loucura determine a privação completa do uso da razão ou um enfraquecimento dos pressupostos psíquicos necessários para que possa existir responsabilidade criminal⁷⁷.

Para Carlota Pizarro de Almeida, tendo em conta o elemento literal do nº2 e contrapondo o mesmo com o nº1, conclui-se que nos casos do nº2 estamos perante

⁷³ GONÇALVES, Manuel Maia, *Código Penal Português - anotado e comentado*, Coimbra, Almedina, 2002, pp. 111-113.

⁷⁴ ALBUQUERQUE, Paulo Pinto de, *op. cit.*, pp. 108-109.

⁷⁵ CORREIA, Eduardo, *op. cit.*, p. 338.

⁷⁶ Causas da inimputabilidade – 80.

⁷⁷ *Ibid.*, p. 93.

agentes imputáveis, podendo, todavia, ser tratados como inimputáveis. Assim sendo, a verdadeira inimputabilidade está apenas no nº1. Na imputabilidade diminuída, o que se encontra diminuído é a culpa e não a capacidade de culpa, pois esta não é graduável, ou tem essa capacidade ou não a tem. Assim, nestes casos a culpa encontra-se diminuída, mas a perigosidade é elevada, sendo a justificação para que sejam tratados como inimputáveis e lhes seja aplicada uma medida de segurança. Não interferindo com o conceito de inimputabilidade do nº1⁷⁸.

Nos casos de inimputabilidade, estamos perante situações em que o agente do facto não tem capacidade de determinação, ele não é, portanto, livre na escolha dos seus actos, pois algum factor lhe coarcta essa liberdade. Assim, para Eduardo Correia, existem casos de fronteira entre a doença mental e a saúde mental, que enfraquecem o poder de decisão do agente ou a capacidade de compreensão do seu próprio acto como ilícito. Esses casos são os estados intermediários, ou seja, outros graus de anomalias mentais que não excluem a liberdade do agente, mas que, contudo, a diminuem, falando então de imputabilidade diminuída⁷⁹.

Na imputabilidade diminuída, o agente do facto considera-se ainda imputável, embora não o sendo plenamente. A imputabilidade diminuída é uma circunstância atenuante da culpa⁸⁰. Ainda que o agente tenha alguma consciência da ilicitude do facto e por isso só seja parcialmente imputável, se o que origina essa imputabilidade diminuída tiver uma base biológica grave, e não dominando o agente os seus efeitos, tendo sido em virtude deles que cometeu o facto típico, então pode-se considerar o agente como inimputável nos termos do nº2⁸¹. Para Figueiredo Dias, essa perturbação psicológica deverá ser particularmente grave e permanente. A lei é omissa quanto à pena a aplicar ao agente, quando não se decida pela inimputabilidade. Assim, para o autor, nesses casos, podem existir situações em que a imputabilidade diminuída não leva à atenuação da pena, podendo mesmo levar à agravação da mesma, se se considerar que as qualidades pessoais do agente que estiveram na origem do facto fundamentam uma pena mais grave, por se revelarem particularmente desvaliosas e censuráveis⁸². Para José de Faria Costa, a imputabilidade diminuída corresponde àqueles casos nos

⁷⁸ ALMEIDA, Carlota Pizarro de, *Modelos de inimputabilidade - da teoria à prática*, Coimbra, Almedina, 2000, pp. 87-89.

⁷⁹ CORREIA, Eduardo, *op. cit.*, p. 308.

⁸⁰ FERREIRA, Eduardo Cavaleiro, *op. cit.*, pp. 438-439.

⁸¹ LEAL-HENRIQUES, M., SANTOS, Manuel Simas, *op. cit.*, p. 263.

⁸² DIAS, Jorge de Figueiredo, *op. cit.*, p. 77.

quais existem dúvidas quanto aos reflexos da perturbação na capacidade de avaliação e determinação do agente no momento da prática do facto⁸³.

Para José dos Santos Silveira, a imputabilidade diminuída diz respeito a doenças que não determinam uma privação completa das faculdades mentais do sujeito, ao processo mórbido de algumas doenças mentais susceptíveis de enquadrar o conceito de inimputabilidade, e a estados de semi-inconsciência, diversos graus em certas doenças mentais, ou outros desequilíbrios mentais que não excluem por completo as capacidades intelectuais, limitando-as apenas⁸⁴. Considera também que nestes casos se enquadram os loucos em intervalos de lucidez, pois não se podem considerar imputáveis, por não desaparecer a doença mental, enfraquecendo apenas as faculdades intelectuais⁸⁵.

Para Barahona Fernandes, as doenças mentais enquadráveis no conceito de imputabilidade diminuída seriam algumas formas frustres de ciclotimia (um tipo de transtorno bipolar), a esquizotimia, o alcoolismo e outras intoxicações e, algumas formas de reacções psicógenas, pois apenas levam a uma diminuição das capacidades do agente⁸⁶.

Kurt Schneider entende que a imputabilidade diminuída não é um estado intermédio entre a imputabilidade e a inimputabilidade, pois trata-se de agentes imputáveis com capacidade para apreciação da ilicitude e capacidade crítica de se determinar de acordo com essa avaliação, mas que, todavia, se encontravam parcialmente incapazes de o fazer ao tempo da prática do facto. Considera-os, assim, como agentes imputáveis, contudo, poderão ser imputáveis quanto a um facto mas já não quanto a outro facto. Como exemplo dessa situação está um agente que comete um roubo e uma agressão: entende que poderá ser responsabilizado quanto ao roubo, mas já não quanto à agressão, em virtude do sentimento de explosão incontrolável, enquanto um dos efeitos da anomalia psíquica da qual padece⁸⁷.

Júlio de Mattos considera os imputáveis diminuídos como verdadeiros inimputáveis, pois a loucura da qual padecem é das mais profundas. Admite que o delírio que se

⁸³ COSTA, José de Faria, *op. cit.*, p. 367.

⁸⁴ SILVEIRA, José dos Santos, *op. cit.*, p. 94.

⁸⁵ *Ibid.*, p. 96.

⁸⁶ LOPES-CARDOSO, Maria Júlia, “Os doentes e anormais mentais e a responsabilidade penal à face do Direito Português, Dissertação de licenciatura, Lisboa, Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, pp.101-102.

⁸⁷ POLÓNIO, Pedro, *op. cit.*, pp. 89-91.

manifesta é apenas parcial, deixando, assim, persistir alguma faculdade do raciocínio. Contudo, a especificidade relativamente a estes doentes mentais é a sua insubmissão e insusceptibilidade de direcção. Estes delinquentes não são capazes de se deixar motivar pelas penas, que ao invés de os levar para a tranquilidade, os leva à irritação, indisciplina, e ao desejo de contrariar as ordens que recebem. O doente mental responde às ordens de forma positiva, apenas por medo do castigo ou da recompensa no cumprimento, contudo, os doentes mentais afectados parcialmente, não se deixam motivar pela perspectiva de recompensas. A doença mental nestes inimputáveis não opera apenas ao nível das faculdades mentais, opera também no campo da sensibilidade moral, diminuindo-a. Caracterizam-se pela manifesta desconfiança com que encaram a sociedade e os respectivos membros, vendo nela uma inimiga, que se ri das suas queixas, infortúnios e suplícios. Assim, existe um desrespeito pela lei, e a pena que lhes é atribuída – ainda que atenuada – mais não é para eles do que uma nova perseguição. Os seus actos procedem apenas dos estados emotivos que os acompanham, e não das ideias. Para Júlio de Mattos, no conceito de imputabilidade diminuída caberiam, à luz da doutrina maioritária, os dementes incompletos, os epilépticos e, os histéricos fora das crises mentais. Entende que estes alegados imputáveis diminuídos não são capazes de compreensão ou sentimentos relativamente às leis violadas, em virtude da perversão das faculdades mentais. Assim, considera infundada a doutrina da imputabilidade diminuída que proclama por penas de prisão atenuadas para estes delinquentes, pois a responsabilidade que mantêm não é a exigida pela lei, na perspectiva correcional da mesma⁸⁸.

Confrontando o artigo 20º com o conceito de imputabilidade diminuída dado pela doutrina, em conjugação com a doutrina de Júlio de Mattos, concluímos que estes casos de imputáveis se subsumem ao nº3 do mesmo artigo, através do qual são considerados imputáveis diminuídos, embora com um pressuposto diferente – incapacidade do agente para ser influenciado pelas penas.

Santiago Delgado Bueno considera infundado exigir, na inimputabilidade, a permanência da anomalia psíquica do indivíduo, por não ter sentido qualificar o sujeito como alguém que se encontra sempre com as faculdades mentais perturbadas⁸⁹. Assim,

⁸⁸ MATTOS, Júlio de, *A loucura – estados clínicos e medico legais*, 2ª ed. rev. e amp., Lisboa, Livraria Clássica editora, 1913, pp. 372-392.

⁸⁹ AA VV, *op. cit.*, p. 134.

entende que na imputabilidade diminuída se encontram os estados de inconsciência transitórios, na medida que, em virtude deste estado se dá uma redução das capacidades de compreensão da conduta do agente do crime e do controlo do comportamento. Os transtornos transitórios caracterizam-se por serem de curta duração e com uma aparição brusca, sendo uma resposta anormal do indivíduo. A capacidade de motivação do indivíduo relativamente às capacidades cognitivas e volitivas encontra-se diminuída. A jurisprudência Espanhola distingue-o da verdadeira alienação, precisamente, pelo carácter temporal.

Os requisitos do estado mental transitório são: aparição abrupta; perda das faculdades de inibição, autodomínio e autocontrolo; duração curta; remissão sem sequelas – retornando o indivíduo ao estado mental anterior; e, estado accidental não provocado pelo agente, que se aproveitando do mesmo para a prática de um facto ilícito, pois nesse caso será valorado o estado anterior ao estado transitório, sob o qual se formou a decisão criminal⁹⁰.

O estado mental transitório consiste num estado de inconsciência, sendo por isso equiparado ao alienado, não o sendo, todavia. Assim, o estado de inconsciência liga-se a estados mentais transitórios, ao passo que a alienação – ou seja, a inimputabilidade – diz respeito a estados mentais de insanidade permanentes. São os efeitos do estado de inconsciência que se assemelham aos efeitos da alienação⁹¹. Para López Ibor, o agente que actua sob um transtorno mental transitório é como um alienado, tendo-o sido por um período breve⁹².

No campo das penas, no Projecto de Eduardo Correia, só se poderiam seguir dois caminhos, se se enveredasse pela via monista – a via dualista não é aceite pela doutrina e não vigora no ordenamento jurídico português – seriam: a aplicação de uma pena de prisão atenuada – considerando o agente como imputável - ou a aplicação de uma medida de segurança, sendo que assim tratar-se-iam os imputáveis diminuídos como inimputáveis⁹³.

⁹⁰ *Ibid.*, pp. 137-142.

⁹¹ *Ibid.*, p. 135.

⁹² *Ibid.*, p. 136.

⁹³ AAFDL, *Actas das Sessões da Comissão Revisora do Código Penal - Parte Geral*, vol. I, Lisboa, AAFDL, Acta de 1964, 8ª sessão, pp. 144-146.

Assim, foi estipulado no Projecto que aos imputáveis diminuídos ser-lhes-ia aplicada uma medida de segurança e não uma pena, por serem considerados perigosos. Essa pena poderia ser prorrogável por vários meses ou anos, não existindo limite temporal, desde que a sua duração fosse igual ao mínimo de pena de prisão exigido para o facto típico que ele praticou. Contudo, se se comprovasse que a anomalia psíquica que afectava o agente não seria de tal forma grave ao ponto de levar a que o agente perdesse o domínio dos seus efeitos, ser-lhe-ia aplicada uma pena que poderia, porventura, ser atenuada⁹⁴. Para Taipa de Carvalho, quando estamos perante um agente imputável diminuído, cujo ilícito típico não foi grave, e se não existir receio da sua perigosidade, deverá o mesmo ser declarado como inimputável e, consequentemente, absolvido⁹⁵.

Salienta o autor do anteprojecto que as anomalias psíquicas que dão lugar a que o agente possa ser tido como imputável diminuído deverão ser particularmente graves, a ponto de o agente não conseguir dominar os seus efeitos e, por esse facto, não poder ser alvo de uma censura penal. Só será considerado como imputável diminuído se se revelar um agente perigoso, pois o pressuposto da aplicação das medidas de segurança é precisamente a perigosidade⁹⁶.

Assim, nos casos de imputabilidade diminuída, substitui-se o juízo de censura feito à capacidade de avaliação da ilicitude e consequente capacidade de motivação por essa valoração, por um juízo de perigosidade⁹⁷.

1.5. Comparticipação

É unânime na doutrina que para efeitos de preenchimento da tipicidade do crime de infanticídio, o autor do facto só poderá ser a mãe do nascituro – ou aquela que acredita ser a sua mãe, por ter sido aquele o recém-nascido que deu à luz. Contudo, entende Figueiredo Dias, não se tratar de um crime de mão própria, mas, sim, de um crime que apenas exige uma qualidade especial – a relação de parentesco –, pelo que, admite que

⁹⁴ *Ibid.*, pp. 114-115.

⁹⁵ CARVALHO, Américo Taipa de, *Direito Penal - Parte Geral - Questões Fundamentais*, vol. I, Porto, Universidade Católica, 2003, p. 119.

⁹⁶ AAFDL, *op. cit.*, Acta de 1964, pp. 144-146.

⁹⁷ *Ibid.*, p. 156.

possa ser praticado através de autoria mediata e, também, por instigação. Na autoria mediata, a mãe serve-se de um terceiro em erro para que seja ele a praticar o facto – por exemplo, a administrar uma dose de veneno que seja fatal. Assim, quando esteja em causa a actuação de um terceiro, este só poderá ser punido por homicídio simples, homicídio qualificado ou homicídio privilegiado. A mãe do nascituro será punida pelo artigo 136º se se comprovar que esta agiu sobre a influência perturbadora do parto⁹⁸.

Os casos de instigação suscitam mais dúvidas quanto a saber se se deverá aplicar à mãe o tipo legal do crime de infanticídio, pois, se fundou a sua decisão de matar pelo encorajamento de uma outra pessoa, então entende-se que dificilmente entrará em relação com a influência perturbadora do parto. Contudo, a eventualidade dessa situação tem sido aceite, na medida em que seja a instigação a despoletar na mãe o estado perturbado derivado do parto que a tenha determinado à prática do facto. Se a mãe for participante no facto típico, será punida em relação ao facto típico do autor pelo artigo 131º, sendo, no entanto, esta punida pelo artigo 136º, se preenchidos os requisitos para o mesmo⁹⁹.

1.6. Infanticídio sob a forma de omissão

A forma omissiva é admitida na doutrina. Assim, a mãe cometerá o crime de infanticídio sobre a forma de omissão quando omite os preparativos necessários para o parto, ou quando não procura auxílio médico quando o mesmo é necessário e, se durante ou logo após o parto, não implementar medidas que obstem à morte do nascituro. Naturalmente que a aplicação sobre a forma de omissão está dependente do preenchimento dos requisitos, ou seja, é necessário que a mãe se encontre sobre a influência perturbadora do parto¹⁰⁰. Para Nuno Costa, a imputação do crime de infanticídio sobre a forma de omissão à mãe faz-se pelo artigo 10º/1, por considerar que a mãe será sempre garante da vida do filho, tendo, assim, esse dever de garante início a partir do momento em que se dá o nascimento¹⁰¹.

⁹⁸ DIAS, Jorge de Figueiredo, *op. cit.*, pp. 174-175.

⁹⁹ SILVA, Fernando, *op. cit.*, p. 140.

¹⁰⁰ DIAS, Jorge de Figueiredo, *op. cit.*, p. 171.

¹⁰¹ COSTA, Nuno, *op. cit.*, p. 205.

1.7. Infanticídio ou Neonaticídio

Na legislação Portuguesa, mais concretamente no CP, está apenas consagrado o crime de infanticídio, ocorrendo este durante o parto ou logo após o mesmo. Contudo, na literatura científica o infanticídio é distinguido do neonaticídio. Este é considerado o homicídio do recém-nascido nas suas primeiras 24 horas de vida, enquanto que o infanticídio diz respeito ao homicídio de crianças com menos de 1 ano, e o filicídio a crianças com idade superior a 1 ano¹⁰².

Apesar destas categorias, a maioria dos autores distingue apenas entre neonaticídio e infanticídio, sendo este aplicável ao homicídio de recém-nascidos, tanto nas primeiras horas de vida como a partir do primeiro dia.

A maioria dos autores associa o neonaticídio a uma gravidez não desejada, ao passo que o infanticídio é associado a motivos altruístas – reais ou imaginários -, ou enquanto resultado de um baixo temperamento da mãe¹⁰³.

Ao neonaticídio está associado o estereótipo de uma mulher jovem, regra geral adolescente ou jovem adulta, solteira¹⁰⁴, imatura, isolada socialmente, que vive com os pais, ou quando sozinha, mas com dificuldades económicas¹⁰⁵.

O homicídio logo após o parto é frequentemente realizado por asfixia ou afogamento. Quando ocorre após o parto, é geralmente efectuado com armas de fogo ou facas¹⁰⁶.

¹⁰² FREIRE, Ana Cristina, FIGUEIREDO, Bárbara, “Filicídio: incidência e factores associados”, in *Análise Psicológica*, 4, XXIV, 2006, p. 437 (437-446).

¹⁰³ LEE, ACW, CH, Li, KWONG, NS, SO, KT, “Neonaticide, Newborn abandonment, and denial of pregnancy – newborn victimisation associated with unwanted motherhood”, in *Hong Kong Med*, vol. 12, nº1, 2006, p. 63 (61 -64).

¹⁰⁴ WILLIS, Amy D., “Neonaticide: The Necessity of Syndrome Evidence When Safe Haven Legislation Falls Short”, in *Temple Law Review*, vol. 77, 2004, p. 1001 (1001-1038).

¹⁰⁵ MATEUS, Joana da Silva, “Caracterização do homicida de crianças: o discurso psicológico e o discurso do Direito”, Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2009, Dissertação de mestrado não publicada, p. 17.

¹⁰⁶ PALERMO, George B., “Homicidal Syndromes – A Clinical Psychiatric Perspective”, in *Profiling Crimes of Violence*, EUA, 2009, p. 13 (3–26).

É comum considerar-se que as mães que matam os filhos nas primeiras 24 horas de vida não padecem de nenhum distúrbio mental, ao contrário das mães infanticidas que sofrem de depressão, psicose, ou de tendências suicidas¹⁰⁷.

Entendemos que no artigo 136º o legislador quis abranger os casos de neonaticídio, pois o mesmo só é aplicável durante ou logo após o parto, pelo que se trata de uma criança recém-nascida. Contudo, não especifica se se dirige às primeiras 24 horas de vida do nascituro ou se abrange os seus primeiros dias de vida. Assim, partimos do pressuposto de que o termo “infanticídio” para efeitos da nossa lei penal quererá abranger ambas as situações.

¹⁰⁷ LUNDQUIST, Caroline, “Being torn: toward a Phenomenology of unwanted pregnancy”, in *Hypatia*, vol. 23, nº3, Julho – Setembro, 2008, p. 145 (136–155).

2. Início do bem jurídico “vida humana”

Antes de iniciar a exposição acerca do momento a partir do qual o Direito Penal considera existir vida humana, a ponto de merecer a sua tutela penal, importa localizar o bem jurídico “vida” no ordenamento jurídico Português.

Tal como todos os bens jurídicos, estes só poderão ser protegidos pelo Direito Penal se tiverem correspondência com um valor jurídico-constitucionalmente reconhecido¹⁰⁸. Assim, a protecção constitucional da vida humana vem referenciada no artigo 24º da Constituição da República Portuguesa¹⁰⁹.

Para Gomes Canotilho e Vital Moreira, os detentores de vida humana só poderão ser pessoas vivas, ou seja, a partir do seu nascimento; pessoas físicas – por contraposição com as pessoas colectivas – e; todas as pessoas vivas independentemente da sua nacionalidade, raça e credo. Esta protecção constitucional do direito à vida traduz-se no direito a não ser morto e a não ser privado da vida, bem como – conexo com este direito – o direito a ser protegido e auxiliado contra ameaças ou perigo de morte¹¹⁰.

Apesar de à primeira vista parecer que para efeitos constitucionais, vida humana será apenas vida após o nascimento, tal não será assim. O preceito constitucional quer abarcar tanto a vida humana já formada como a vida pré-natal, a vida intrauterina, e a vida do embrião fertilizado. Contudo, a valoração feita pelas diferentes fases da vida será diferente e, portanto, à vida intrauterina não será concedida a mesma protecção ao longo de todas as suas fases, desde o seu desenvolvimento até ao nascimento da pessoa. Consideram também Gomes Canotilho e Vital Moreira que aplicar o Direito Penal para protecção da vida intrauterina pode, por vezes, ser considerado como um mecanismo inadequado ou excessivo¹¹¹.

Devido à discussão doutrinária em torno da questão de saber se o artigo 24º da CRP aplicar-se-ia também à vida humana intrauterina, veio o Tribunal Constitucional

¹⁰⁸ DIAS, Jorge de Figueiredo, *op. cit.*, p. 120.

¹⁰⁹ Doravante, CRP.

¹¹⁰ CANOTILHO, J.J Gomes, MOREIRA, Vital, *Constituição da República Portuguesa Anotada*, vol. I, 4ª ed., Coimbra, Coimbra editora, 2007, pp. 447-448.

¹¹¹ *Ibid.*, p. 449.

clarificar o assunto¹¹², considerando que o artigo visa também proteger a vida humana intrauterina, embora esta seja uma forma de vida autónoma face à vida humana já constituída¹¹³.

É entendido na doutrina que embora a vida intrauterina seja protegida pela CRP, essa tutela não deverá ser conferida nos mesmos moldes que é conferida à vida humana já formada. Por isso, a protecção conferida à vida humana é sempre diferente consoante as suas fases, sendo que quando já existe uma vida constituída, a sua tutela é quase plena¹¹⁴, só podendo ser admitidas violações em casos muito específicos, como a legítima defesa, estado de necessidade defensivo e, conflito de deveres¹¹⁵.

O Código Penal, na sua parte especial, sistematiza a tipificação dos factos ilícitos típicos de acordo com o bem jurídico que estes visam proteger. Assim, no seu Título I e Capítulo I encontram-se os “crimes contra a vida”, já no seu Capítulo II estão os “crimes contra a vida intrauterina”. Por esta sistematização do CP se depreende que a protecção jurídico-penal não é a mesma nas diversas fases iniciais da vida humana.

Não tem lugar aqui a discussão científica acerca de saber quando se inicia a vida humana em termos físico-biológicos, se antes do nascimento – e com a fecundação ou nidação – ou apenas após o nascimento. Importa sim considerar quando é que o Direito Penal confere a sua tutela plena ao bem jurídico “vida”.

São apresentadas duas teses.

A primeira, remonta à doutrina do Direito Civil. De acordo com esta teoria, a vida humana teria início aquando o nascimento completo e com vida do ser humano, tal como vem prescrito no artigo 66º/1 do Código Civil.

A segunda teoria entende que o bem jurídico “vida humana” começaria então com o momento através do qual se processa o nascimento da pessoa¹¹⁶.

¹¹² Acórdão do Tribunal Constitucional nº 75/2010 (processos nºs 733/07 e 1186/07), relatado pelo Conselheiro Joaquim de Sousa Ribeiro, disponível em <http://dgsi.pt/http://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/20100075.html>.

¹¹³ COUTO, Diana Ferreira, “A justiça penal relativamente ao bem jurídico vida humana”, in *Revista da Faculdade de Direito da Universidade Lusófona do Porto*, vol. 8, nº8, 2016, p. 185 (179-201).

¹¹⁴ *Ibid.*, pp. 186-187.

¹¹⁵ DIAS, Augusto Silva, *op. cit.*, pp. 16-17.

¹¹⁶ DIAS, Jorge de, Figueiredo, *op. cit.*, p. 8.

A maioria da doutrina segue esta segunda orientação e considera que a tutela jurídico-penal se inicia “durante o parto” tendo em conta, também, a sistematização do CP. Para tanto, recorrem ao artigo 136º, através do qual considera a lei que a acção de matar que ocorra durante o parto já será tida como um homicídio, sendo que sujeito passivo de homicídio só poderá ser uma vida humana já constituída. Assim, seguindo Augusto Silva Dias, é o momento do parto que marca a irrupção do bem jurídico “vida da pessoa”¹¹⁷. Contudo, para efeitos de Direito Civil, o nascituro só se torna sujeito de direito e, portanto, um centro de autónomo de imputação de normas jurídicas, com o seu nascimento completo e com vida. É a partir desse momento que o nascituro adquire a personalidade jurídica e a capacidade jurídica próprias de um ser humano. Sendo o Direito Civil e o Direito Penal ramos jurídicos diferentes, com objectivos distintos, natural será que para efeitos jurídico-penais a tutela da vida do nascituro se dê antes do seu nascimento¹¹⁸.

Para delimitar o início da vida humana é necessário ter presente o momento em que se considera ter início o trabalho de parto. Para Augusto Silva Dias, tal momento inicia-se com as contracções do parto, tendo em conta que estas já são ritmadas e irreversíveis. Nos casos em que o parto se faz através de cirurgia – portanto, de cesariana – o início do parto terá lugar quando são administrados os anestésicos¹¹⁹. Figueiredo Dias, segue o mesmo critério de início da vida humana com o acto do nascimento, e considera que o parto terá lugar quando se iniciam as “*contracções ritmadas, intensas e frequentes que previsivelmente conduzirão à expulsão do feto*”, não importando se elas são induzidas naturalmente ou através de meios artificiais. No caso de parto por cesariana, considera então que o parto só terá início quando começa a intervenção-cirúrgica sobre o corpo da mulher¹²⁰.

Fernando Silva distingue os momentos em que se se poderá considerar que o parto tem início e, portanto, com ele tem início também o bem jurídico “vida humana”, consoante o tipo de parto em questão. Assim, perante um parto natural deverá considerar-se que este começa com as contracções do útero e com a sua dilatação, que irão conduzir à expulsão do feto; no caso de parto provocado – quando se recorre a

¹¹⁷ DIAS, Augusto Silva, *op. cit.*, pp. 17-18.

¹¹⁸ GODINHO, Inês Fernandes, “Problemas Jurídico-Penais em torno da Vida Humana”, in *O Sentido e o Conteúdo do Bem Jurídico Vida Humana*, Coimbra, Coimbra editora, 2011, pp. 61-62.

¹¹⁹ DIAS, Augusto Silva, *op. cit.*, p.18.

¹²⁰ DIAS, Jorge de Figueiredo, *op. cit.*, p. 9.

meios artificiais para iniciar o processo de nascimento, por a dilatação não iniciar por si própria –, terá início quando são ministradas essas substâncias; no parto cirúrgico – conhecido como “cesariana” –, considera que terá início no momento em que é ministrada a anestesia geral, pois esse é o primeiro acto médico que irá conduzir ao nascimento da criança¹²¹.

Para estes autores deverá ser este o momento a marcar o início da protecção jurídico-penal concedida à vida humana, pois é no acto do nascimento que as relações entre terceiros e o feto se intensificam. Este, fica sujeito à acção de vários indivíduos, tais como médicos, enfermeiros e auxiliares, constituindo essa acção uma ameaça para o feto. Face a esse aumento de perigo é necessário que lhe seja dada a qualidade de pessoa humana, pois a estas o Direito Penal confere uma tutela mais acentuada¹²².

Outro argumento também invocado para a defesa desta tese, assenta no facto de que o crime de aborto só incrimina actos que sejam tidos como dolosos, pelo que, se não se considerasse que no processo de nascimento o feto já seria tido como uma pessoa humana e se se considerasse vida intrauterina, então este ficaria desprotegido de ameaças à vida ou à integridade física negligentes¹²³. Durante o nascimento é possível a ocorrência de lesões na integridade física do nascituro. Essas ofensas não são tuteladas pelo crime de aborto, pois são protecções jurídicas dirigidas apenas a pessoas já nascidas pelo que o nascituro ficaria sem a devida protecção, e o bem jurídico “integridade física” desamparado¹²⁴.

No caso de parto prematuro a doutrina tende a divergir quanto ao momento em que se deve considerar que apesar de ter ocorrido o nascimento estamos perante um caso de “vida humana”. Assim, Augusto Silva Dias entende que só poderemos falar de um verdadeiro nascimento e, portanto, considerar o feto como um ser humano com vida humana já constituída, nos casos em que tenha maturidade biológica suficiente para sobreviver sozinho, ainda que com auxílio a meios artificiais. Se não possuir essa maturidade biológica, então não terá existido realmente um nascimento e caso este

¹²¹ SILVA, Fernando, *op. cit.*, pp. 36-37.

¹²² DIAS, Augusto Silva, *op. cit.*, pp. 17-18.

¹²³ DIAS, Jorge de Figueiredo, *op. cit.*, pp. 8-9.

¹²⁴ SILVA, Fernando, *op. cit.*, p. 35.

venha a morrer por uma actuação dolosa de um terceiro, estar-se-á perante um crime de aborto¹²⁵.

Por outro lado, Figueiredo Dias entende que a capacidade de vida autónoma do feto não define a sua qualidade de ser pessoa ou não, para efeitos de se considerar como um sujeito passivo de crime de homicídio. Basta-se com o facto de que ao tempo do nascimento a criança esteja viva, para que com isso se possa estar perante uma vida humana já constituída, e ser alvo da protecção penal conferida às pessoas já nascidas. Assim, entende que mesmo naqueles casos em que o nascituro não tenha capacidade para sobreviver fora do ventre materno – seja por questões de idade ou defeituosa conformação orgânica (microcefalia, ferimentos, doença progressiva, etc.) -, estar-se-á perante vida humana e, portanto, passível de a sua morte preencher o ilícito típico do homicídio¹²⁶. Paulo Pinto de Albuquerque segue esta posição, pois entende que se estará perante um crime de infanticídio quando a morte do feto, que tendo sido expulso do ventre materno, não seja capaz de vida autónoma¹²⁷. Também Fernando Silva segue esta mesma orientação, para o autor o critério deverá ser sempre o do início do parto, ainda que o ser não tenha capacidade de sobrevivência autónoma, pois aquilo que está em causa é a protecção de um bem jurídico¹²⁸.

Uma solução intermédia parece ser a de Maia Gonçalves. Para o autor se o feto for expulso nos primeiros tempos de gestação – ou seja, as semanas anteriores aos 6 ou 7 meses de gestação – e for morto, estar-se-á perante um crime de aborto. Por outro lado, a morte que ocorra após esse período já poderá ser subsumível ao crime de homicídio. Sustenta a sua posição com base no argumento de que o legislador ao definir que o começo da vida extrauterina será o momento do início do parto, quis tutelar mais do que a vida de um ovo com pouco tempo de fecundação. Assim, para que se possa estar perante um crime de infanticídio entende ser necessário que o feto tenha “gestação suficiente para poder ter vida extrauterina”¹²⁹.

O critério temporal de início da vida humana estende-se a todos os crimes contra a vida humana já formada, pois o que justifica que se antecipe a tutela jurídico-penal da

¹²⁵ DIAS, Augusto Silva, *op. cit.*, p. 18.

¹²⁶ DIAS, Jorge de Figueiredo, *op. cit.*, pp. 9-10.

¹²⁷ ALBUQUERQUE, Paulo Pinto de, *op. cit.*, pp. 108-109.

¹²⁸ SILVA, Fernando, *op. cit.*, p. 35.

¹²⁹ GONÇALVES, Manuel Maia, *Código Penal Português - anotado e comentado*, Coimbra, Almedina, 2005, p. 506.

vida para o momento do início do parto aplica-se a todos os crimes que tenham como bem jurídico a vida humana. É necessário que a unicidade da ordem jurídica se mantenha e, como tal, não faria sentido a aplicação de critérios distintos consoante o crime que estivesse em causa. Assim, o critério será o mesmo para todos: o bem jurídico “vida humana” nasce no momento do início do parto, antes estar-se-á apenas perante o bem jurídico “vida intrauterina”¹³⁰.

2.1. A fronteira entre o crime de aborto e o crime de homicídio

Apesar de o crime de infanticídio demarcar temporalmente a conduta do facto típico – durante ou logo após o parto – colocam-se alguns problemas na fronteira entre o crime de aborto e o crime de homicídio que serão importantes abordar aqui. Tais problemas colocam-se quando o facto típico teve lugar antes de iniciado o trabalho de parto, mas, todavia, o efeito lesivo só se vem a verificar após o mesmo. Na abordagem deste problema serão apenas tidos em conta os casos em que o agente da prática do facto típico é a mãe do feto/nascituro, pois só ela poderá ser agente da prática do crime de infanticídio.

Para estes casos a maioria da doutrina segue o critério do momento da prática do facto. Assim, o que releva é apenas o momento em que a agente actuou e não o momento em que tenha ocorrido a morte do nascituro – se a acção tiver lugar antes do nascimento será um crime de aborto, se tiver lugar após o nascimento então considerar-se-á um crime de homicídio¹³¹. Para Nuno Costa, o que importa mesmo é a qualidade que o objecto tem no momento da prática do facto – ou seja, importa saber se estamos perante um feto ou perante uma vida humana (sendo que esta se adquire no momento do nascimento). Assim, para este autor é sempre necessário que para que se possa imputar o crime de homicídio a um agente, no momento da sua acção, se esteja de facto perante

¹³⁰ SILVA, Fernando, *op. cit.*, p. 36.

¹³¹ FRAGOSO, Heleno, *op. cit.*, p. 85.

uma pessoa, o que não será o caso das acções tidas antes do momento do nascimento e, portanto, todas elas serão imputadas a título do ilícito típico de aborto¹³².

Fernando Silva, na esteira de Figueiredo Dias, segue essa mesma orientação. Contudo, ambos os autores distinguem duas situações: se os efeitos da acção da mãe se iniciarem no momento do trabalho de parto, então estar-se-á perante um crime de homicídio; se, no entanto, os efeitos se verificarem no feto, antes de iniciado o trabalho de parto, então já estaremos perante um crime de aborto, independentemente do momento em que o dano morte ocorra¹³³.

Diversas situações se encontram na fronteira do que possa ser qualificado como crime de aborto ou crime de homicídio, consoante o momento da prática do facto. Tais situações prendem-se, nomeadamente, com a realização de manobras abortivas antes do nascimento do filho.

Para Fernando Silva, se após essas manobras abortivas o feto nascer sem vida, estar-se-á perante um crime de aborto. Contudo, se o nascimento se der devido a essas manobras e o feto nascer com vida viável – portanto, com maturidade biológica suficiente para sobreviver autonomamente – mas vier a falecer por outra causa natural, estaremos perante um crime de aborto tentado. A agente não será punida pela morte do nascituro, pois a mesma não ocorreu devido às manobras abortivas por ela efectuadas. No entanto, se após o nascimento do feto com vida viável, a mãe voltar a actuar no sentido da morte do mesmo, então entramos num concurso efectivo entre o crime de aborto na forma tentada e o crime de homicídio consumado¹³⁴. Esta é a orientação seguida por Augusto Silva Dias, nos casos em que o feto nasceu em resultado de manobras abortivas no 7º ou 8º mês de gestação. Para o autor, estamos perante um crime de homicídio se a expulsão do feto for o resultado de um aborto espontâneo e não provocado¹³⁵. Para Susana Gonçalves, nestes casos não haverá um concurso efectivo e a mãe será punida apenas pelo crime de homicídio¹³⁶.

Se, no entanto, o feto for expulso sem capacidade de sobrevivência autónoma – portanto, vida inviável – a mãe não será punida por homicídio, ainda que a morte se

¹³² COSTA, Nuno, *op. cit.*, p. 202.

¹³³ SILVA, Fernando, *op. cit.*, pp. 37-41.

¹³⁴ SILVA, Fernando, *op. cit.*, pp. 37-41.

¹³⁵ DIAS, Augusto Silva, *op. cit.*, p. 20.

¹³⁶ GONÇALVES, Susana, “No limbo dos crimes contra a vida”, Lisboa, Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, 2015, Dissertação de mestrado não publicada, pp. 65-66.

tenha dado após o nascimento, pois a morte do feto deu-se devido às manobras abortivas. Assim, será apenas punida pelo crime de aborto, pois os efeitos da sua conduta tiveram início antes do trabalho de parto. Dando-se o nascimento de um feto com vida inviável, mas que só venha a falecer após uma outra conduta com a finalidade da sua morte, para Fernando Silva, estar-se-á perante um crime de aborto. Entende que tanto o nascimento prematuro, como a vida inviável, ocorreram devido às manobras abortivas implementadas pela mãe antes do momento do seu nascimento, pelo que, não teria sentido aplicar a norma do crime de homicídio. Sustenta essa posição, com a argumentação de Costa Pinto, pois, para este autor, não se pode afirmar que exista um dever de garante quando o feto nasce com vida inviável, tendo em conta que a sua morte será inevitável e, por isso, irá suceder quer haja uma actuação de qualquer agente nesse sentido, ou não. Assim, a solução correcta para Fernando Silva, será a de punir a mãe pelo crime de aborto consumado e valorar a segunda actuação apenas em sede de medida concreta da pena¹³⁷. No mesmo sentido vai Augusto Silva Dias, que considera estar-se perante um crime de aborto se toda esta situação ocorrer no 3º mês de gravidez. Entende que não se poderá valorar a segunda acção em sede de crime de homicídio por não se tratar de um ser humano com vida humana já formada, devido ao facto de este ainda não ter capacidade de sobrevivência autónoma e por isso considera-lo ainda como vida intrauterina. Assim, esta segunda acção não terá autonomia punitiva e a mãe não será punida por qualquer crime, pois não se trata de um ser humano, mas, antes, de um feto que se encontra fora do ventre materno e por isso também não poderá ser considerado um crime de aborto. Será apenas valorada a primeira acção a título de aborto consumado¹³⁸.

Augusto Silva Dias distingue também aquelas acções que têm lugar no ventre materno nos últimos meses de gravidez, mas cujo efeito lesivo só se dá no momento do parto ou após o mesmo. Pode acontecer que estejamos perante uma acção de aborto mal sucedida, que originou no feto uma doença ou malformação e que tenha vindo a falecer no momento do parto em consequência desse facto. Neste caso, o autor defende a aplicação do crime de aborto consumado, pois segue o critério do momento da prática do facto e, por entender, também, que o âmbito da norma incriminatória do crime de aborto não é apenas o de evitar a morte do feto, é também, o de evitar a morte de um ser

¹³⁷ SILVA, Fernando, *op. cit.*, pp. 38-41.

¹³⁸ DIAS, Augusto Silva, *op. cit.*, pp. 19-20.

humano decorrente de uma acção de aborto, independentemente do momento em que se dê o resultado lesivo – em fase de gestação ou no momento do seu nascimento. Sustenta a sua posição com o argumento de que só o momento da acção é que é dominado por inteiro pela agente do facto, o resultado é aleatório e por isso está sempre dependente do nexo de imputação que é feito entre o resultado lesivo e a conduta desvaliosa. Nesse sentido, o momento do resultado não poderia ser o critério para determinação da aplicação da norma – de aborto ou homicídio¹³⁹.

Na aplicação destes problemas ao crime de infanticídio, entende Figueiredo Dias que se a mãe, antes do momento do parto, fornecer as condições necessárias para que aquando o nascimento se dê a morte da criança, estar-se-á perante o crime de infanticídio, desde que essas condições não se alterem entre um momento e outro¹⁴⁰. Para Paulo Pinto de Albuquerque, a premeditação da morte do nascituro não se compagina com o crime de infanticídio, pois a influência perturbadora do parto não poderá anteceder o mesmo¹⁴¹.

2.2. Posição adoptada

No âmbito da discussão sobre qual o momento que marca o início do bem jurídico “vida humana”, concordamos com esta solução intermédia – e, portanto, não será relevante para efeitos de tutela jurídico-penal da vida humana que o nascituro tenha capacidade de vida autónoma ou não, importante será apenas que tenha um tempo de gestação suficiente e que se dê o seu nascimento. Tal razão prende-se com o facto de que, enquanto se encontra no ventre materno, o feto está protegido pela mãe, sendo assim a sua integridade física protegida através da integridade física da mãe, pois ele faz parte do seu corpo. O argumento invocado para que se considere estar perante vida humana já constituída no momento do parto, é o de que o feto está sujeito à intervenção de terceiros e, portanto, vulnerável a ameaças à vida e integridade física. Assim, por maioria de razão tal argumento deverá ser extensível quando este nasce, ainda que não seja capaz de sobreviver autonomamente, pois trata-se de um ser que tem uma

¹³⁹ *Ibid.*, pp. 20-21

¹⁴⁰ DIAS, Jorge de Figueiredo, *op. cit.*, p. 171.

¹⁴¹ ALBUQUERQUE, Paulo Pinto de, *op. cit.*, p. 369.

existência própria no mundo – já não vive dentro de um outro corpo e, portanto, não vive através de uma pessoa, vive por ele próprio – está sujeito à intervenção de terceiros e estes reconhecem-no como já sendo uma pessoa devido a essa existência física –, e já não se encontra protegido pelo corpo da mãe.

No tempo de gestação que antecede os 6 meses de gestação, se o feto for expulso do ventre materno estará inevitavelmente condenado à morte e, portanto, por uma questão de sistematização não tem sentido responsabilizar as lesões ocorridas no feto como um homicídio, ainda que sejam destinadas à sua morte, pois essas mesmas acções serão qualificadas como aborto, caso ele esteja no ventre materno, por se considerar que aquela vida não tem tempo de gestação suficiente para se desenvolver a ponto de ser incontestável a afirmação de que estamos perante uma vida humana já formada. Após esse tempo de gestação, sendo um recém-nascido e ainda que não consiga sobreviver por ele próprio, é já uma pessoa e as probabilidades de sobrevivência são maiores. É um ser especialmente indefeso, e por isso deverá ser-lhe concedida a mesma tutela penal que é dada ao nascituro com capacidade de sobrevivência autónoma.

Após os 6 meses de gestação, no caso de empreendimento de manobras abortivas antes do nascimento, a solução a aplicar será apenas uma: se forem realizadas quando este ainda não nasceu estar-se-á perante um crime de aborto. Esse critério deverá ser seguido independentemente de o feto nascer com vida viável ou inviável. Assim, se nascer com vida inviável mas só vier a falecer após uma segunda acção com esse fim, tratar-se-á, ainda assim, de um crime de homicídio, pelas mesmas razões que justificam que o bem jurídico “vida humana” tenha início no momento do nascimento.

3. Vinculação materno-fetal

A teoria da vinculação teve início com Bowlby, em 1958. Tem por base a ideia de que a vinculação é um comportamento inato, destinado a estabelecer a proximidade do bebé com a mãe e a sua protecção¹⁴². Assenta no pressuposto de que a vinculação é algo que se constrói durante toda a vida, sendo um processo gradual, com início nos tempos de gestação da mulher grávida, como resultado das mudanças a nível fisiológico e psicológico que se dão em virtude desse estado. Assim, a relação de afecto que se dá entre a mãe e o recém-nascido não tem início apenas no momento do primeiro contacto físico entre ambos, sendo antes, o resultado de uma vinculação que se foi construindo ainda na gravidez. Essa relação entre mãe e filho vai-se intensificando, cada vez mais, após o nascimento¹⁴³.

A vinculação é definida como “*o laço afectivo que uma pessoa forma com outro indivíduo específico*”¹⁴⁴. A vinculação na gravidez é caracterizada pelo desenvolvimento de sentimentos por parte dos pais, em relação ao filho que irá nascer¹⁴⁵.

Esta ligação estabelecida entre a mãe e o feto no período de gestação é definida como “vinculação pré-natal”, “ligação emocional ao feto” ou “ligação materno-fetal”. Este conceito foi criado por Cranley, em 1981, definindo-o como “*a medida pela qual as mulheres desenvolvem comportamentos que representam ligação e interacção com o seu bebé que ainda não nasceu*”¹⁴⁶.

O processo de vinculação dá-se através das fantasias criadas pela mãe em relação ao filho e acerca de si própria no papel de mãe¹⁴⁷. Neste processo a mãe procura conhecer e

¹⁴² CARMANEIRO, Ana Paula, “Vinculação pré-natal e organização psicológica do homem e da mulher durante a gravidez - relação com o tipo de parto e com a patologia obstétrica dos II e III trimestres de gestação”, Lisboa, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, 2011, Tese de doutoramento não publicada, p. 161.

¹⁴³ FIGUEIREDO, Margarida Logrado, “Vinculação pré-natal: estudo da ligação emocional ao bebé em mulheres e homens grávidos”, Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2007, Dissertação de mestrado não publicada, pp. 36–37.

¹⁴⁴ CARMANEIRO, Ana Paula, *op. cit.*, p. 161.

¹⁴⁵ *Ibid.*, p. 173.

¹⁴⁶ SILVA, Patrícia Ferreira da, “Vinculação em grávidas adolescentes e ligação emocional materna e paterna ao feto”, Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2008, Dissertação de mestrado não publicada, p. 16.

¹⁴⁷ CARVALHO, Maria Salgado, “O bebé imaginário, as memórias dos cuidados parentais e as representações sonoro-musicais na gravidez no estudo da representação vinculação materna pré-natal e da orientação para a maternidade”, Lisboa, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, 2011, Tese de doutoramento não publicada, p. 66.

estar com o filho, enquanto este ainda existe apenas no ventre, procurando evitar a separação e a perda, e a satisfação das necessidades do feto¹⁴⁸.

De acordo com Condon, a vinculação vai-se intensificando ao longo da gravidez, quando a mãe adquire uma representação interna do feto. Será em relação a essa representação que surge o vínculo emocional da mãe com o feto, pois surgem os seus sentimentos de desejo de conhecimento do ser, a interacção com o mesmo e, o desejo de o proteger e de satisfação das suas necessidades¹⁴⁹. Assim, esta ligação da mãe é influenciada pela interacção e pelas expectativas que tem acerca do bebé que irá nascer, relacionadas com o sexo, nome, características psicológicas e saúde. Todos esses factores vão contribuir para que seja atribuída pela mãe uma identidade ao feto, ajudando assim na construção da vinculação materno-fetal¹⁵⁰.

Comportamentos como - a comunicação com o feto, a atribuição de um nome, e o posicionamento físico da mãe de modo a que possa apreciar os movimentos fetais, ou proporcionar essa experiência ao pai, incentivando-o a conversar com o feto – estimulam a vinculação pré-natal¹⁵¹.

São apontados por Eduardo Sá quatro momentos considerados como essenciais para que se possa dar essa ligação emocional ao feto. São eles: a revelação da gravidez; a audição dos ruídos cardíacos; a primeira ecografia e, os movimentos fetais, considerando-se este último momento o mais importante na construção da vinculação, pois serão eles que contribuem para que o feto seja tido como algo real¹⁵². A ligação ao feto aumenta consoante aumente a consciência da sua presença no ventre materno¹⁵³.

O processo de vinculação materno-fetal difere ao longo dos trimestres de gravidez, consoante as diferentes tarefas que são imputadas à mãe para que esta se possa

¹⁴⁸ FIGUEIREDO, Margarida Logrado, *op. cit.*, p. 38.

¹⁴⁹ GOMEZ, Rita, LEAL, Isabel, “Vinculação parental durante a gravidez: versão portuguesa da forma materna e paterna da *antenatal emotional attachment scale*”, in *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8, 2, Lisboa, 2007, p. 154 (153-165).

¹⁵⁰ RODRIGUES, Susana Videira, “Vinculação materna pré-natal, depressão pós-parto e percepção materna do comportamento do recém-nascido”, Lisboa, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, 2011, Dissertação de mestrado não publicada, p. 18-19.

¹⁵¹ SILVA, Sara Airosa da, “Vinculação materna durante e após a gravidez: ansiedade, depressão, stress e suporte social”, Porto, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Fernando Pessoa, 2012, Dissertação de mestrado não publicada, p. 15.

¹⁵² RODRIGUES, Susana Videira, *op. cit.*, pp. 19-20.

¹⁵³ MAGALHÃES, Cláudia Pereira, “Ansiedade, qualidade do relacionamento conjugal e vinculação materna ao feto – estudo com grávidas primíparas e múltiparas”, Braga, Faculdade de Filosofia da Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Braga, 2013, Dissertação de mestrado não publicada, p. 11.

relacionar de forma positiva com o feto. Assim, no primeiro trimestre de gestação dá-se a aceitação da gravidez. Este é o período no qual a mãe se prepara a si e à família para a chegada de um novo membro. Terá de aceitar que está grávida e, com isso, mudar alguns hábitos e, porventura, adquirir outros. Neste período não há uma grande vinculação materna ao feto, por a gestante não conseguir ainda fazer a sua representação, devido às poucas alterações físicas e à falta de movimentos fetais. O segundo trimestre é marcado pelo período de aceitação daquele “corpo estranho” que se encontra no ventre. É este o momento que marca a diferenciação entre a mãe e o feto. Aqui, a mãe começa a aceitar o feto como um ser independente de si mesma. A vinculação materno-fetal intensifica-se neste período, devido, sobretudo, à percepção de movimentos fetais, sentidos por volta da 18ª e 22ª semana. No terceiro trimestre, a mãe começa a apoiar-se nos movimentos fetais e a interpretá-los. Inicia a preparação de separação do feto, aumentando os sentimentos de ansiedade em relação ao parto¹⁵⁴.

Na actualidade, as ecografias feitas ao feto durante o período de gestação são de grande importância para que se estabeleça essa vinculação e para que a mãe percepcione o feto como algo de real, pelo facto de o poder ver e compreender que já possui a forma de um ser humano¹⁵⁵.

Durante a gravidez os pais vão criando um bebé imaginário, manifestando em relação ao mesmo, sentimentos de afecto. A criação desse bebé dá-se através da interacção com o mesmo, concedendo-lhe um nome e atribuindo-lhe certas características, que despoletam a discussão acerca das semelhanças com os progenitores, e a qual dos dois será mais parecido quando nascer¹⁵⁶.

Assim, é comumente distinguido na doutrina 3 tipos de bebés que acompanham a gestante. O primeiro tipo de bebé é o denominado “bebé fantasmático” – este manifesta-se ainda na infância da mãe, acompanhando as suas fantasias com um bebé ao longo da vida, será este o responsável por cuidar e contribuir para a representação de um novo bebé; o segundo bebé, o “bebé imaginário” – construído ao longo da gravidez, manifesta-se nas fantasias da mãe em relação ao feto e é construído através dos sonhos e das vivências da gravidez; o terceiro, e último bebé, é o “bebé real” – este já não opera

¹⁵⁴ SILVA, Patrícia Ferreira da, *op. cit.*, pp. 20-22.

¹⁵⁵ FRANÇA, Flávia Ilka, “A importância do bebé imaginário na vinculação materno fetal”, Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, 2009, Dissertação de mestrado não publicada, p. 19.

¹⁵⁶ SILVA, Patrícia Ferreira da, *op. cit.*, p. 18.

ao nível do inconsciente, pois trata-se do bebé que foi dado à luz e tem, portanto, existência física. É o que necessita do afecto dos pais¹⁵⁷.

A criação desse bebé imaginário será fundamental para que a mãe crie um espaço mental destinado a formar as condições psicológicas que irão promover e facilitar o envolvimento afectivo e a interacção entre a mãe o nascituro. É em relação a este bebé que a mãe projecta as suas expectativas, através de factores como o sexo, o nome e, as movimentações no ventre. Tudo isso irá contribuir para que a gestante crie uma identidade do feto, aparecendo assim a noção de indivíduo do bebé, reconhecendo-lhe comportamentos e características temperamentais¹⁵⁸.

Assim, as elaborações e antecipações da maternidade no plano imaginário constituem uma base sobre a qual se vão construindo as fundações da futura relação entre mãe e filho¹⁵⁹. Ao longo do período de gestação, a mãe vai adquirindo a consciência de que o feto adquire uma personalidade e é um ser autónomo, independente dela, ainda antes de existir no mundo físico¹⁶⁰. Vai construindo o “colo mental”, onde irá receber o filho aquando o nascimento e o seu novo papel enquanto prestadora de cuidados¹⁶¹.

A forma como a chegada de um novo membro é vista pela família também condiciona o vínculo emocional da mãe em relação ao feto¹⁶².

A presença do pai é vista como uma influência positiva na construção da vinculação materno-fetal, por ser o pai que auxilia a gestante nas funções maternas – segurança, cuidado e nutrição -, importantes para o desenvolvimento do feto e para o desenvolvimento emocional da grávida. Assim, na ausência deste, aumentam os riscos de um parto prematuro e deficiências no desenvolvimento cognitivo e emocional do bebé e da ligação da mãe ao feto¹⁶³. Essa relação conjugal é importante não só na

¹⁵⁷ GIL, Iolanda Campos, “Nascimento antecipado – associação entre a sintomatologia somática, representações maternas, a interacção mãe-filho e o nível de desenvolvimento do bebé, numa amostra de bebés pré-termo de muito baixo peso aos 4 meses de idade corrigida”, Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2005, Dissertação de mestrado não publicada, p. 7.

¹⁵⁸ MARTINS, Cátia, “Impacto da idade materna na relação que a mãe estabelece com o seu bebé”, Lisboa, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, 2012, Dissertação de mestrado não publicada, pp. 17-19.

¹⁵⁹ SILVA, Patrícia Ferreira da, *op. cit.*, p. 18.

¹⁶⁰ FRANÇA, Flávia Ilka, *op. cit.*, p. 16.

¹⁶¹ SILVA, Patrícia Ferreira da, *op. cit.*, p. 18.

¹⁶² FRANÇA, Flávia Ilka, *op. cit.*, p. 18.

¹⁶³ MAGALHÃES, Cláudia Pereira, *op. cit.*, pp. 9-10.

construção do vínculo materno-fetal, mas, também, se torna preponderante no momento da aceitação da gravidez, sendo fundamental que entre os progenitores exista uma relação positiva¹⁶⁴. Assim, o pai é tido como um apoio na adaptação à gravidez¹⁶⁵.

Factores como, a personalidade da gestante, o seu estado emocional, a relação conjugal, a atitude face à gravidez e respectiva idealização, o suporte social recebido ao longo desse tempo e, os sentimentos psicológicos e físicos da gravidez, influenciam a vinculação pré-natal. As questões socioeconómicas da gestante, também são apontadas como um factor de relevância, pois quanto mais elevados forem os rendimentos, maior serão os cuidados de saúde prestados ao longo da gravidez. O nível de escolaridade e a idade materna também são factores apontados, embora não tão fiáveis. É entendido que quanto mais alto for o nível de escolaridade, maior será a compreensão da gravidez e dos seus sintomas, mas menor será a vinculação pré-natal¹⁶⁶.

A vinculação materna pré-natal positiva manifesta-se na qualidade da interacção entre a mãe e o feto – a intensidade da preocupação, o tempo despendido a falar com o feto e a acariciar a barriga, e a fantasiar com o mesmo¹⁶⁷. Está também associada com a prática de cuidados de saúde – ter um sono adequado, não consumir álcool ou drogas, receber tratamento pré-natal, e ter uma alimentação saudável e cuidada – bem como, comportamentos que tenham em vista a preparação para o nascimento do bebé¹⁶⁸.

A par da vinculação pré-natal está também a “vinculação perinatal” – diz respeito ao contacto estabelecido entre a mãe e nascituro e é influenciada pelo trabalho de parto; neste período, quanto menos traumático for o parto mais fácil será o estabelecimento desse vínculo - e, a “vinculação pós-natal” – dá-se no período pós-parto, portanto, durante o puerpério¹⁶⁹. Essa ligação será uma consequência do vínculo que foi criado entre a mãe e o feto na gravidez¹⁷⁰.

O vínculo estabelecido durante a gestação será importante na relação que se irá estabelecer entre a mãe e o bebé após o nascimento¹⁷¹. Quanto maior for essa ligação na gravidez, maior será a proximidade entre a parturiente e o nascituro, exteriorizada no

¹⁶⁴ *Ibid.*, p. 19.

¹⁶⁵ CARMANEIRO, Ana Paula, *op. cit.*, p. 177.

¹⁶⁶ MAGALHÃES, Cláudia Pereira, *op. cit.*, p. 14.

¹⁶⁷ *Ibid.*, p. 8.

¹⁶⁸ SILVA, Patrícia Ferreira da, *op. cit.*, p. 23.

¹⁶⁹ SILVA, Sara Airosa da, *op. cit.*, pp. 14-15.

¹⁷⁰ FIGUEIREDO, Margarida Logrado, *op. cit.*, 37.

¹⁷¹ MAGALHÃES, Cláudia Pereira, *op. cit.*, p. 10.

prazer de cuidar do bebê e na prontidão à satisfação das suas necessidades. Assim, as falhas nessa vinculação materno-fetal poderão traduzir-se em problemas na vinculação pós-natal¹⁷².

¹⁷² CARMANEIRO, Ana Paula, *op. cit.*, pp. 213-215.

4. As perturbações nascidas na fase de gestação

A gravidez é um período de elevadas mudanças, a nível físico e emocional. Por isso, algumas mulheres no período de gestação ficam mais vulneráveis a alterações no foro psicológico. Assim, ao contrário do que é expectável, por vezes, a mulher grávida pode experienciar sentimentos negativos em relação à gravidez, contribuindo para que desenvolva algum transtorno mental no decorrer da mesma. Esse fenómeno pode ser atribuído à sua personalidade, ao stress ao qual está sujeita e, à qualidade do apoio social que recebe. As mudanças no corpo, as mudanças hormonais e, as expectativas da sociedade e da própria família contribuem para as alterações no foro mental da mulher ao longo da gestação¹⁷³.

4.1. Ansiedade pré-natal

A ansiedade é considerada como um distúrbio emocional, um estado angustiante que gera sentimentos de tensão interna, insegurança e perigo iminente¹⁷⁴. É vista como um sinal de alerta face a uma ameaça de perigo¹⁷⁵.

De uma forma geral, é caracterizada como uma emoção que provoca níveis elevados de actividade no sistema nervoso, reflectindo-se num aumento do batimento cardíaco, pressão arterial, e tónus muscular. É algo comum em cada indivíduo, contudo, terá de ser distinguida a ansiedade normal da ansiedade patológica. Essa ansiedade caracteriza-se pela forma como interfere ao nível de funcionamento do indivíduo, influenciando a sua resposta a questões complexas do dia-a-dia. Os sintomas gerais da ansiedade são: palpitações, dispneia, boca seca, náuseas, tonturas, tremores, fadiga face a pequenos estímulos, dificuldade de concentração, tensão muscular e, alterações de sono. Na

¹⁷³ FERREIRA, Maria Leonor, “Atraso de crescimento intra-uterino e depressividade materna”, Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2004, Dissertação de mestrado não publicada, pp. 6-8.

¹⁷⁴ BOLEIA, Miguel, “Coexistência de ansiedade e depressão na gravidez em casais cujas mulheres são primíparas”, Porto, Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, 2012, Dissertação de mestrado não publicada, p. 12.

¹⁷⁵ FREGONENSE, Adriana, “Gestantes de Alto Risco com e sem histórico de óbito fetal ou neonatal: sintomas de ansiedade e depressão, capacidade para o relacionamento com o feto e estratégias de enfrentamento”, São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, 2014, Dissertação de curso de pós-graduação não publicada, p. 16.

vertente psicológica, o indivíduo sente-se tenso, agitado, nervoso, apreensivo e preocupado, experienciando o pânico, o medo, ou a ameaça¹⁷⁶.

Na gravidez, os níveis de ansiedade encontram-se particularmente elevados. Essa ansiedade, considerada normal, está relacionada com dois factores: a expectativa que a grávida faz do bebé e da futura experiência de parto; e a aprendizagem ao longo do período de gravidez¹⁷⁷.

O que caracteriza a ansiedade durante este período, são os sentimentos de insatisfação, inquietude, insegurança, incerteza, medo da experiência desconhecida e, incompetência¹⁷⁸.

Durante a gestação, os níveis de ansiedade não se mantêm os mesmos ao longo de todo esse período. Assim, o 1º e o 3º trimestre são apontados como os trimestres que geram mais ansiedade, sendo o 2º, regra geral, o trimestre mais calmo¹⁷⁹.

A ansiedade no 1º trimestre prende-se com a aceitação, ou não, da gravidez e respectiva adaptação. Aquando a aceitação da mesma, ainda que não tenha sido planeada, surgem alguns receios relativos à probabilidade de ocorrência de aborto. O 2º trimestre apresenta níveis de ansiedade menos elevados, contudo, esta não desaparece por completo, continuando a manifestar-se devido às movimentações fetais. A ansiedade no 3º trimestre ocorre devido à antecipação do momento do parto, que se encontra cada vez mais perto¹⁸⁰. Neste último trimestre, a ansiedade vai aumentando a cada dia à medida que se aproxima a data prevista do parto, aumentando ainda mais caso essa data seja ultrapassada. Podem dar-se alguns sentimentos negativos em relação à gravidez, disfarçados com o desconforto físico¹⁸¹. Aumenta também o receio que a

¹⁷⁶ FONSECA, Sara, “Ansiedade nas grávidas: prevalência e factores associados”, Covilhã, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior, 2012, Dissertação de mestrado não publicada, p. 18.

¹⁷⁷ *Ibid.*, p. 19

¹⁷⁸ SILVA, Mônica, “Avaliação da ansiedade e depressão na gravidez”, Alfenas/ MG, Universidade Federal de Alfenas, 2014, Dissertação de pós-graduação não publicada, p. 43.

¹⁷⁹ ZEOTI, Fernanda, “Apego materno-fetal e indicadores emocionais em gestantes de baixo e alto risco: um estudo comparativo”, Ribeirão Preto, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2011, Tese de doutoramento não publicada, p. 25.

¹⁸⁰ MELO, Fátima, “Tabagismo na Ggravidez: A relação entre a Ansiedade, Cessação Tabágica e *Coping*”, Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2009, Dissertação de mestrado não publicada, p. 26.

¹⁸¹ RATO, Paula Isabel, “Ansiedades perinatais em mulheres com gravidez de risco e em mulheres com gravidez normal”, in *Análise Psicológica*, 3, XVI, 1998, p. 406 (405-413).

gestante tem de não conseguir desempenhar adequadamente o papel de mãe após o nascimento¹⁸².

Na gestação, os sintomas da ansiedade são divididos em 3 dimensões – a dimensão fisiológica, gerando um aumento da frequência cardíaca, taquipneia, alterações na pressão arterial, relaxamento de músculos da bexiga e intestinos, pele húmida, calafrios, cefaleia, dilatação de pupilas, inquietação motora, insónias, sudorese, boca seca, náuseas, vômitos, diarreia, tremor e, inquietação -, a dimensão emocional, manifestada em sentimentos de impotência, choro, nervosismo, perda de controlo, irritabilidade e impaciência, tensão e, falta de confiança - e, a dimensão cognitiva, traduzida na incapacidade de concentração, esquecimento e, falta de atenção¹⁸³. A grávida ansiosa mostra-se, geralmente, com mudanças bruscas de humor, introvertida, passiva, inquietada e, irritada¹⁸⁴.

Alguns sintomas da ansiedade são facilmente confundíveis com os sintomas da gravidez. Contudo, há que tomar particular atenção ao factor “insónias”, pois numa gravidez normal surge o sintoma da “hipersónia” – a necessidade de dormir mais do que o habitual. Assim, sempre que a mulher grávida apresente insónias – revelando-se logo no 1º trimestre -, deverão ser tidas como um sintoma de ansiedade¹⁸⁵.

Os factores que mais influenciam a ansiedade na fase de gestação são as antecipações feitas quanto à experiência do parto – a representação dos medos e da preparação e acompanhamento dos profissionais de saúde e familiares, bem como, o da morte da gestante ao dar à luz -, contudo, está também relacionada com o medo de ter um filho com malformações genéticas, a angústia sentida devido à alteração corporal, o receio de que o seu parceiro mantenha uma relação extraconjugal¹⁸⁶, a futura relação com o filho e, o medo de sofrer um aborto ou de deixar que o feto venha a falecer, sendo este o medo mais comum durante a gravidez¹⁸⁷.

Os níveis de ansiedade durante a gravidez, ainda que particularmente elevados, são considerados normais, tendo em conta as mudanças que se dão durante este período.

¹⁸² FONSECA, Sara, *op. cit.*, p. 21.

¹⁸³ BOLEIA, Miguel, *op. cit.*, p. 13.

¹⁸⁴ FREGONESE, Adriana, *op. cit.*, pp. 18-19.

¹⁸⁵ RATO, Paula Isabel, *op. cit.*, p. 406.

¹⁸⁶ FONSECA, Sara, *op. cit.*, pp. 19-21.

¹⁸⁷ NAZARÉ, Bárbara, FONSECA, Ana, CANAVARRO, Maria Cristina, “Avaliação das preocupações sentidas durante a gravidez: Estudos psicométricos da versão portuguesa da Cambridge Worry Scale (CWS)”, in *Laboratório de Psicologia*, 10,1, Lisboa, 2012, p. 82 (81-95).

Contudo, pode acontecer que a ansiedade ultrapasse o normal nesta fase. Assim, quando os níveis de ansiedade estão mais altos do que os expectáveis, tal pode levar a complicações obstétricas, influenciando a gravidez e o parto¹⁸⁸.

Quando a ansiedade é tão intensa considera-se estar perante uma ansiedade patológica. Na gestação, essa ansiedade manifesta-se em preocupações exageradas ou infundadas que passam a tomar conta da maior parte do tempo da mulher grávida, podendo prejudicar a relação¹⁸⁹. Esses níveis elevados de ansiedade vão, consequentemente, afectar o investimento da grávida na maternidade¹⁹⁰.

Para que seja feito o diagnóstico da ansiedade, enquanto distúrbio emocional, é necessário que esses sintomas sejam frequentes e duradouros e que causem um sofrimento significativo e, afectem, com isso, o funcionamento social e ocupacional do indivíduo. Os sintomas não poderão também estar associados a outros diagnósticos, nem ser uma consequência de abuso de substâncias¹⁹¹.

Os factores que têm sido apontados como constituindo as causas de elevados níveis de ansiedade na gravidez são as complicações obstétricas e o feto de baixo peso – ambas podem ser tidas também como consequências – e problemas emocionais e de comportamento¹⁹². Outros motivos associados são, também, o histórico de aborto, de malformações ou de nado-morto¹⁹³.

Nas gestantes com uma gravidez de alto risco são apontados maiores níveis de ansiedade, pois o medo de perda do feto ou do nascimento com malformações, aumenta nestas situações¹⁹⁴. O aumento da ansiedade relaciona-se, também, com o sentimento de culpa associado a esse risco¹⁹⁵.

A ansiedade normal na gravidez é considerada um factor positivo na adaptação à maternidade, mas, para que tal aconteça será necessário que a gestante tenha uma

¹⁸⁸ ZEOTI, Fernando, *op. cit.*, p. 25.

¹⁸⁹ *Ibid.*, p. 26.

¹⁹⁰ SANTOS, Pedro Lopes, “Reacções Ansiosas na Gravidez e Comportamento Interactivo das Mães Durante o Período Neonatal dos Filhos”, in *Análise Psicológica*, 4, XI, 1993, p. 493 (485-495).

¹⁹¹ SILVA, Mônica, *op. cit.*, p. 43.

¹⁹² BOLEIA, Miguel, *op. cit.*, p. 14.

¹⁹³ FREGONENSE, Adriana, *op. cit.*, pp. 18-19.

¹⁹⁴ ZEOTI, Fernanda, *op. cit.*, p. 51.

¹⁹⁵ SILVA, Mônica, *op. cit.*, p. 44.

“plasticidade psicológica”, de forma a que se consiga adaptar a todas as mudanças sintomáticas que se dão no corpo e na mente¹⁹⁶.

A ansiedade, quando muito intensa, pode vir a prolongar-se até ao pós-parto, acontecendo com maior frequência quando estamos perante uma gravidez de risco¹⁹⁷. Nas gestações normais prende-se com as crises enfrentadas quanto ao papel de mãe, que já vêm desde o período da gravidez¹⁹⁸. Contudo, numa ansiedade normal, os níveis tendem a diminuir após o nascimento¹⁹⁹, tendo sido demonstrado que a ansiedade é mais recorrente no tempo da gestação do que no pós-parto²⁰⁰.

Na maioria das gestações em que as grávidas experienciam sintomas de ansiedade mais elevados do que o normal, não costuma ser feito o diagnóstico pela vergonha que sentem ao manifestar as suas queixas e, pelo facto de que esses sintomas são, muitas vezes, confundidos com os sintomas da gravidez. É também um factor de risco para a depressão pós-parto²⁰¹.

4.2. Depressão pré-natal

A depressão é considerada um transtorno mental e, como tal, constitui um problema de saúde pública. Faz parte dos transtornos de humor, sendo o mais comum. Foi classificada como a 4ª principal causa de doenças do foro mental²⁰². É caracterizada como um estado mental mórbido²⁰³.

¹⁹⁶ FONSECA, Sara, *op. cit.*, pp. 19-20.

¹⁹⁷ ZEOTI, Fernanda, *op. cit.*, p. 51.

¹⁹⁸ BOLEIA, Miguel, *op. cit.*, p. 16.

¹⁹⁹ ZEOTI, Fernanda, *op. cit.*, p. 53.

²⁰⁰ CONDE, Ana, FIGUEIREDO, Bárbara, “Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós-parto”, in *Análise Psicológica*, 3, XXV, 2007, p. 381 (381-398).

²⁰¹ SILVA, Mônica, *op. cit.*, p. 45.

²⁰² VILELA, Ana, “Padrões alimentares e saúde mental materna e desenvolvimento neuropsicológico infantil: resultados de estudos de Coorte do Rio de Janeiro e Bristol/Reino Unido”, Rio de Janeiro, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2015, Dissertação de curso de pós-graduação não publicada, p. 29.

²⁰³ BOLEIA, Miguel, *op. cit.*, p. 13.

A depressão pré-natal é o transtorno mental mais frequente na gravidez, devido às transformações que se dão no organismo da mulher²⁰⁴.

De acordo com o manual de diagnóstico e estatística de transtornos mentais²⁰⁵ quando estejam presentes 5 ou mais sintomas de depressão, pelo período de 2 semanas ou mais, os profissionais de saúde deverão estar atentos à presença de uma eventual depressão²⁰⁶.

A depressão, nos seus traços gerais, apresenta variadíssimos sintomas, são eles: humor depressivo, falta de interesse e prazer diminuído face a actividades do quotidiano, alterações no peso (para mais ou para menos), alterações no apetite, insónias, agitação ou retardamento psicomotor, fadiga, desvalorização ou culpa, decréscimo na capacidade de concentração e pensamento, indecisão e, ideias suicidas. Estes sintomas causam no sujeito um forte sentimento de angústia, vindo a prejudicar o funcionamento social e ocupacional. Para que seja feito o diagnóstico, não poderão ser a consequência de abuso de substâncias ou de uma outra condição médica²⁰⁷. Quando o indivíduo se encontra deprimido apresenta maior tendência a permanecer na cama todo o dia, recusando-se a interagir socialmente com outras pessoas.

A depressão é considerada patológica quando interfere na capacidade funcional do indivíduo²⁰⁸.

Os sintomas da depressão pré-parto são semelhantes aos de uma depressão normal: tristeza profunda, irritabilidade, desânimo, falta de energia, movimentos e pensamentos lentos, alterações de humor, alterações de sono e, falta de apetite. O que distingue estes sintomas gerais dos sintomas na gestação, é o facto de nesta se encontrarem associados a sentimentos de culpa e à incapacidade de ser mãe, por não se considerarem capazes de cuidar de um filho, podendo vir com isso a sentir pouco afecto pelo feto²⁰⁹. Devido à

²⁰⁴ THIENGO, Daianna, SANTOS, Jacqueline, MASON, Vanessa, ABELHA, Lúcia, LOVISI, Giovanni, “Associação entre apoio social e depressão durante a gestação: uma revisão sistemática”, in *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19, 2, 2011, p. 130 (129-138).

²⁰⁵ Doravante, DSM.

²⁰⁶ BORGES, Denize, FERREIRA, Fernanda, MARIUTTI, Mariana, ALMEIDA, Denize, “A Depressão na Gestação: uma revisão bibliográfica”, in *Revista de Iniciação Científica da Libertas*, São Sebastião do Paraíso, vol. I, nº1, Dezembro, 2011, p. 86 (85-99).

²⁰⁷ CORREIA, Ana, “Depressão na gravidez”, Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2011/2012, Dissertação de mestrado não publicada, pp. 7-8.

²⁰⁸ FREGONENSE, Adriana, *op. cit.*, p. 17.

²⁰⁹ MENDES, José, “Depressão e percepção maternal no pré-parto em mães adolescentes”, Porto, Departamento de Psicologia do Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte, 2012, Dissertação de mestrado não publicada, pp. 29-30.

depressão sentem-se incapazes e inaptas para a maternidade, abatidas e solitárias, auto desvalorizam-se, sentem-se vazias e, com baixa autoestima. Têm elevadas crises de choro e sentem a necessidade de estar sozinhas, levando ao isolamento e à perda de interesse nas relações com terceiros²¹⁰.

Alguns sintomas da depressão podem estar associados a sintomas da ansiedade. As grávidas que se encontram deprimidas apresentam, frequentemente, comportamentos compulsivos, e crises de pânico, nas quais têm dificuldade em respirar, com dor no peito, palpitações e, tonturas²¹¹.

Apesar de não ser algo recorrente, o suicídio é uma consequência possível da depressão pré-natal. A maioria das mulheres que sofre desta condição no período de gestação tem pensamentos suicidas, sendo ainda mais comuns em grávidas cuja gravidez não foi desejada²¹².

Pode ocorrer em qualquer altura da gravidez, contudo, tem sido apontado que o 3º trimestre é aquele com maior incidência, devido à aproximação da data do parto e consequentes receios acerca do trabalho de parto e da maternidade, nomeadamente, na interacção com o recém-nascido²¹³.

No 1º trimestre, o aparecimento da depressão pré-natal está associado a uma eventual rejeição da gravidez. A mulher sente-se confusa quanto ao destino a dar à gestação e surgem sentimentos desconfortáveis em relação ao feto, visto como um invasor e indesejável. Tratando-se de uma gravidez desejada - ou pelo menos aceite à partida pela gestante - poderá experienciar sentimentos de culpa se for fumadora ou beber com alguma frequência. No 2º trimestre pode-se sentir deprimida em função das alterações corporais, ao sentir que perdeu o poder de atracção, e com isso adquire alguma aversão ao próprio corpo, ou pode-se sentir limitada na actividade e afectada com o afastamento do emprego. No 3º trimestre a depressão encontra-se em associação

²¹⁰ LIMA, Cátia, “Filhos da maturidade: atitudes sobre a gravidez e maternidade, ansiedade, depressão e stress em grávidas tardias”, Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2008, Dissertação de mestrado não publicada, p. 20.

²¹¹ LUSÍADAS, “Conheça os sintomas da depressão na gravidez”, in *Rota Saúde Lusíadas*, disponível em <https://rotasaude.lusiadas.pt/sintomas-da-depressao-na-gravidez/>.

²¹² CORREIA, Ana, *op. cit.*, p. 10.

²¹³ BORGES, Denize, FERREIRA, Fernanda, MARIUTTI, Mariana, ALMEIDA, Denize, *op. cit.*, p. 93.

com a ansiedade sentida quanto ao momento da chegada do parto, e com ela vêm os receios de perda do parceiro e incapacidade de ser mãe²¹⁴.

Os sintomas da depressão passam muitas vezes despercebidos, por serem confundidos com os sintomas próprios da gravidez, como a sensibilidade, fragilidade e irritabilidade, dificultando o diagnóstico atempado²¹⁵. A maior parte das mulheres evita procurar ajuda quando se sente deprimida, com medo do estigma que poderá sentir por não se sentir feliz face à gravidez e poder vir a ser considerada inapta para mãe, e pela culpa e sentimentos de fracasso que sente por se encontrar deprimida²¹⁶. Quando a gravidez é planeada a mulher sente um medo maior de revelar os sentimentos depressivos da gravidez²¹⁷. Pelo facto de não corresponderem às expectativas do que uma mulher grávida deverá sentir – felicidade e afecto pelo feto – escondem esses sintomas, o que agrava o estado depressivo, pois faz aumentar os sentimentos de culpa²¹⁸.

Uma depressão pré-natal não tratada pode trazer várias complicações para o feto e para a mãe, e pode levar a que a grávida desenvolva comportamentos de perigo para a gestação, como a falta de procura de cuidados pré-natais²¹⁹. As grávidas com depressão tendem a não cumprir com as consultas maternas e com as terapias que lhes são prescritas. Adquirem frequentemente hábitos nocivos, como o abuso de substâncias, má alimentação e, fraca higiene pessoal. Podem apresentar um aumento de peso inferior àquele que é considerado normal na gravidez²²⁰.

²¹⁴ FERREIRA, António, “A Depressão no Processo de Maternidade- Estudo Prospectivo de mulheres da 36ª semana de gravidez, 2ª, e 6ª semana pós-natal”, Porto, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2007, Dissertação de mestrado não publicada, pp. 19-20.

²¹⁵ GABRIEL, João, “Depressão e ajustamento maternal na fase inicial da gravidez de mulheres múltiparas”, Gandra, Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte, 2012, Dissertação de mestrado não publicada, p. 16.

²¹⁶ MARQUES, Mariana, “Factores de risco da depressão pós-parto: uma abordagem multidimensional”, Coimbra, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2011, Tese de doutoramento não publicada, p. 15.

²¹⁷ MARCUS, Sheila M., “Depression during pregnancy: rates, risks and consequences”, in *Can J Clin Pharmacol*, vol. 16, 1, Janeiro, 2009, p. 16 (15-22).

²¹⁸ SILVA, Mónica, *op. cit.*, p. 50.

²¹⁹ MENDES, José, *op. cit.*, p. 30.

²²⁰ MARQUES, Mariana, *op. cit.*, p. 40.

Não sendo a depressão tratada, as grávidas tendem a abusar de substâncias nocivas, como tabaco, álcool ou outras substâncias ilícitas, ou automedicam-se, de forma a poder aliviar os sintomas da depressão²²¹.

A falta de apoio social, o historial de depressões na mulher grávida e na família, o desemprego e dificuldades financeiras, complicações obstétricas ao longo da gravidez e, a violência doméstica ou outros problemas com o cônjuge, têm sido apontados como factores de risco para uma depressão pré-natal²²², bem como a gravidez de risco, a falta de apoio social, familiar e conjugal e, complicações obstétricas em partos anteriores²²³. As mulheres com maior susceptibilidade de desenvolver este transtorno psicológico são aquelas com baixa escolaridade, as que não vivem com o pai da criança, as que têm um historial de aborto, ou tenham sido abusadas sexualmente e, aquelas que se mostram dependentes de drogas e/ou tabaco²²⁴. A existência de uma doença bipolar é um dos factores para o aparecimento da depressão pré-natal²²⁵. Apesar de mais comum em mulheres que serão mães pela primeira vez e, portanto, sem preparação ao nível da maternidade, também ocorre em mulheres que já o são²²⁶.

A ansiedade na gravidez é um sintoma e um factor da depressão pré-natal²²⁷.

A gravidez não desejada, ainda que posteriormente aceite, é um factor de risco bastante comum para o surgimento da depressão na gestação. As mães adolescentes são as mais afectadas por este transtorno psicológico²²⁸.

Contudo, uma gravidez planeada também é um factor frequente no desenvolvimento da depressão, pois pode ocorrer uma falha na adaptação a esse novo papel de maternidade, que poderá ser visto como um obstáculo à relação conjugal já consolidada²²⁹.

²²¹ BORGES, Denize, FERREIRA, Fernanda, MARIUTTI, Mariana, ALMEIDA, Denize, *op. cit.*, p. 92.

²²² THIENGO, Daianna, SANTOS, Jacqueline, MASON, Vanessa, ABELHA, Lúcia, LOVISI, Giovanni, *op. cit.*, p. 130.

²²³ BORGES, FERREIRA e MARIUTTI, *op. cit.*, p. 90.

²²⁴ THIENGO, Daianna, SANTOS, Jacqueline, MASON, Vanessa, ABELHA, Lúcia, LOVISI, Giovanni, *op. cit.*, p. 132.

²²⁵ ESTEVES, Marta, “Doença mental na gravidez”, Porto, Instituto de Ciências biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2012, Artigo de revisão bibliográfica não publicado, p. 17.

²²⁶ MENDES, José, *op. cit.*, p. 29.

²²⁷ TEIXEIRA, César, “Ansiedade e depressão em mulheres e homens durante a gravidez”, Porto, Instituto de Ciências biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, *s.d.*, Dissertação de mestrado não publicada, p. 19.

²²⁸ BORGES, Denize, FERREIRA, Fernanda, MARIUTTI, Mariana, ALMEIDA, Denize, *op. cit.*, p. 90.

²²⁹ FERREIRA, António, *op. cit.*, p. 27.

A maior consequência dá-se ao nível da interacção da mãe com o feto. Estando a mãe afectada psicologicamente não irá direccionar o seu afecto para o feto, criando entre os dois uma barreira²³⁰. Quando a depressão pré-natal é mais grave e prolongada no tempo, a mulher centra-se mais nela própria, não investindo na relação com o feto²³¹. Assim, conclui-se que os sintomas depressivos na gravidez afectam a vinculação materna pré-natal²³².

O papel que a mulher-mãe tem na sociedade é um factor preponderante no desenvolvimento da depressão na gravidez, devido à forte pressão para o correcto desempenho da maternidade, em conjugação com todos os outros papéis que a mulher desempenha no quotidiano - como exemplo, o respectivo papel profissional. Assim, quando confrontada com a notícia da gravidez, vê as responsabilidades a aumentar, e nem sempre tem a plasticidade emocional necessária para conseguir lidar com o novo papel: o da maternidade²³³.

O aparecimento da depressão na gestação pode afectar futuramente o relacionamento entre a mãe e o bebé, pois aquela tende a diminuir os cuidados pré-natais ao nascituro, apresentando também comportamentos pouco saudáveis. Assim, a depressão é considerada um factor de risco para o decréscimo de interacções positivas entre a mãe e o recém-nascido²³⁴.

A depressão pré-natal é também o maior e mais comum factor de risco para o desenvolvimento da depressão pós-parto. Estudos apontam que a maioria das mulheres que apresentavam uma depressão puerperal já teriam iniciado uma depressão na gravidez, sendo então uma continuação da mesma. Assim, a maior parte das mulheres que apresenta uma depressão na gravidez irá apresentar também no pós-parto²³⁵.

²³⁰ MENDES, José, *op. cit.*, p. 30.

²³¹ LIMA, Cátia, *op. cit.*, p. 20.

²³² HENRIQUES, Patrícia, “Vinculação Pré-Natal e Relação Marital”, Lisboa, Departamento de Psicologia e Sociologia da Universidade Autónoma de Lisboa, 2017, Dissertação de mestrado não publicada, p. 80.

²³³ BORGES, Denize, FERREIRA, Fernanda, MARIUTTI, Mariana, ALMEIDA, Denize, *op. cit.*, p. 94.

²³⁴ LOUREIRO, Manuel, CARVALHO, Paula, “Risco psicopatológico da gestante e relação precoce com o bebé”, in *FAMILIA* 38, 2009, p. 159 (153-174).

²³⁵ MENDES, José, *op. cit.*, p. 27.

4.3. Ansiedade e Depressão pré-natal

No período de gestação a grávida pode-se apresentar simultaneamente depressiva e ansiosa, falando-se, assim, em “comorbidade”. Este conceito exprime a ocorrência de dois ou mais transtornos psiquiátricos em simultâneo na mesma pessoa.

É algo bastante frequente na gravidez. Quando este fenómeno ocorre, as gestantes experienciam ambos os sintomas da ansiedade e da depressão. Acontece frequentemente devido a eventos negativos na fase de gestação²³⁶. Tendem a apresentar um maior número de queixas, entre elas, as dores de estômago, enxaquecas, tonturas e, náuseas²³⁷.

Nos casos onde não existe a concorrência da depressão e da ansiedade, poderão estar relacionadas, por uma anteceder a outra. O facto de a grávida se sentir deprimida no período intermédio da gravidez, pode levar a que no fim da gravidez apresente sintomas de ansiedade. Esses níveis elevados de ansiedade durante esse período são um factor de risco para o desenvolvimento da depressão puerperal nos primeiros 3 meses após o parto²³⁸.

Tem sido demonstrado que a ansiedade e a depressão pré-natal, quando não sejam tratadas, afectam a interacção entre a mãe e o recém-nascido no pós-parto²³⁹.

A presença de transtornos mentais antes ou durante a gravidez são um factor de risco para o desenvolvimento de uma depressão pós-parto²⁴⁰.

4.4. Negação não psicótica da gravidez

O fenómeno da negação não psicótica da gravidez caracteriza-se pela falta de consciência da gestante em relação ao estado grávidico. Essa falta de consciência pode

²³⁶ SILVA, Mônica, *op. cit.*, pp. 51-53.

²³⁷ LOUREIRO, Manuel, CARVALHO, Paula, *op. cit.*, p. 160.

²³⁸ SKOUTERIS, Helen, WERTHEIM, Eleanor, RALLIS, Sofia, MILGROM, Jeannette, PAXTON, Susan, “Depression and anxiety through pregnancy and the early postpartum: an examination of prospective relationships”, in *Journal of Affective Disorders*, 113, 2009, p. 306 (303-308).

²³⁹ MISRI, Shaila, KENDRICK, Kristin, “Treatment of perinatal mood and anxiety disorders: a review”, in *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 52, nº8, 2007, p. 490 (489-498).

²⁴⁰ TEIXEIRA, César, *op. cit.*, p. 11.

resultar do facto de o corpo não apresentar sinais de uma gravidez ou, ao apresentar, e quando confrontada com os mesmos, desenvolver um mecanismo de negação. Essa negação, que está presente em ambos os tipos de negação da gravidez, não está associada a nenhum diagnóstico de psicose. Não há uma transfiguração da realidade por parte da gestante, a realidade encontra-se preservada, há apenas uma falta de consciência subjectiva em relação ao seu estado²⁴¹. Ou seja, há uma inconsciência relativamente ao processo gestacional²⁴².

É possível que a mulher negue inconscientemente a gravidez e que consequentemente a esconda também de forma inconsciente de si própria e de terceiros, através da racionalização de alguns sintomas²⁴³. Não negam aquilo que vêem no seu sentido próprio, mas impedem que aquilo que vêem leve à consciência do que é na realidade²⁴⁴. A informação que têm do próprio organismo é distorcida de forma inconsciente²⁴⁵. Sabem que o corpo está a mudar, contudo, associam-no a outro factor que não ao de uma eventual gravidez²⁴⁶. A realidade apreendida previamente fica retida²⁴⁷.

É conhecida na literatura científica americana como “*pervasive denial*”, que justifica este desconhecimento emocional e físico da gravidez²⁴⁸.

O mecanismo de negação, enquanto mecanismo de defesa, é muitas vezes desenvolvido pela incapacidade emocional de aceitar a gravidez²⁴⁹, e por ser

²⁴¹ GONÇALVES, Thomás, “A negação não psicótica da gravidez: vicissitudes de um não saber”, in *Cadernos UNIFOA*, 23ª ed., Dezembro, 2013, p. 36 (35-42).

²⁴² GONÇALVES, Thomás, “Negação não psicótica da gravidez: definições, especificidades e explicações, in *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Vol. 14, nº3, *Periódicos Eletrónicos em Psicologia*, Rio de Janeiro, Dezembro, 2014, disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812014000300017.

²⁴³ CONLON, Catherine, “Concealed pregnancy: a case-study approach from an Irish setting”, in *Crisis Pregnancy Agency*, nº15, Abril, 2006, p. 38 (1-204).

²⁴⁴ GONÇALVES, Thomás, “Negação da gravidez: um estudo psicanalítico”, in *Psicologia em Estudo, Maringá*, vol.20, nº1, Jan/Mar, 2015, p. 122 (117-127).

²⁴⁵ AGÊNCIA LUSA, “Negar a gravidez para evitar o sofrimento de ser mãe”, in *RTP Notícias*, 30 de Janeiro de 2007, disponível em https://www.rtp.pt/noticias/pais/negar-a-gravidez-para-evitar-o-sofrimento-de-ser-mae_n39649.

²⁴⁶ GONÇALVES, Thomás, *op. cit.*, p. 122.

²⁴⁷ SOLARI, Hugo, “Psychotic denial of pregnancy”, in *Current Women’s Health Reviews*, 6, 2010, p. 23 (22-27).

²⁴⁸ VELLUT, Natacha, COOK, John M., TURSZ, Ann, “Analysis of the relationship between neonaticide and denial of pregnancy using data from judicial files”, in *Child Abuse and Neglect*, Elsevier, 36, 7-8, 2012, p. 4 (1-30).

²⁴⁹ FINLAY, F., MARCER, H., BAVERSTOCK, A., “Concealed or denied pregnancy”, disponível em, http://www.bathnes.gov.uk/sites/default/files/sitedocuments/Children-and-Young-People/ChildProtection/learning_from_concealed_pregnancy_final.pdf.

percepcionada como um problema que acreditam que se o ignorarem irá desaparecer²⁵⁰. Pode acontecer que por vezes o processo de negação seja intercalado com a consciência da mesma, apesar de não durar por longos períodos²⁵¹.

Quando apresenta os sintomas característicos da gravidez sem ter a consciência da mesma, tais sintomas são atribuídos a outras causas. O aumento de peso pode ser atribuído a causas de foro psicológico, como o caso de se encontrar de luto pela morte de um ente querido, ter mudado de residência ou de local de trabalho, stresse, ou interrupção da menstruação²⁵², ou outras causas como o facto de comer mais do que o normal ou praticar menos exercício. Os movimentos fetais são associados muitas vezes a problemas digestivos ou intestinais²⁵³, apesar de serem pouco sentidos devido à falta de sensibilidade da mulher²⁵⁴.

Quando a mulher grávida não apresenta quaisquer sintomas de uma gravidez, não experiencia náuseas, amenorreia, nem aumento do ventre²⁵⁵. Apesar da ausência, esses sintomas podem vir a manifestar-se antes do momento do parto, ocorrendo, regra geral, entre a 21^a e a 26^a semana²⁵⁶. Divide-se em negação total e negação parcial. Na negação total, a mulher desconhece a gravidez até ao momento do parto, já na negação parcial, a gravidez é descoberta ainda durante a fase de gestação²⁵⁷. O não aumento do ventre relaciona-se com a dilatação do útero que se desenvolve para trás, desenvolvendo-se o bebé ao longo da coluna vertebral. O feto expande-se verticalmente em direcção ao diafragma materno e não horizontalmente. Se a gravidez for descoberta durante o tempo de gestação e aceite pela mulher, pode acontecer que num espaço

²⁵⁰ EARL, Gill, “Concealed pregnancy and birth”, in *West Sussex Local Safeguarding Children Board*, 1174, Julho, 2007, p. 5 (1-11).

²⁵¹ CONLON, Catherine, *op. cit.*, p. 38.

²⁵² GONÇALVES, Thomás, MACEDO, Mônica, “A desautorização do processo perceptivo na negação não psicótica da gravidez”, in *Revista Mal Estar e Subjetividade*, vol. 11, nº4, Fortaleza, Dezembro, 2011, in *Periódicos Eletrônicos em Psicologia*, disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482011000400009.

²⁵³ PAIS&FILHOS, “Bebés Surpresa”, in *Pais & Filhos*, 24 de Agosto de 2011, disponível em <http://www.paisefilhos.pt/index.php/actualidade/noticias/3758-bebes-surpresa?start=2>.

²⁵⁴ AGÊNCIA LUSA, “Negar a gravidez para evitar o sofrimento de ser mãe”, in *RTP Notícias*, 30 de Janeiro de 2007, disponível em https://www.rtp.pt/noticias/pais/negar-a-gravidez-para-evitar-o-sofrimento-de-ser-mae_n39649.

²⁵⁵ GIUDICE, Marco Del, “The evolutionary biology of cryptic pregnancy: a re-appraisal of the ‘denied pregnancy’ phenomenon”, in *Medical Hypotheses*, 68, 2007, p. 251 (250-258).

²⁵⁶ VELLUT, Natacha, COOK, John M., TURSZ, Ann, *op. cit.*, p. 4.

²⁵⁷ GONÇALVES, Thomás, MACEDO, Mônica, “As condições do si mesmo na situação de não reconhecimento da própria gravidez: enlacs do território da dor”, in *SIG Revista de Psicanálise*, Ano 1, nº1, Agosto, 2012, p. 91 (89-98).

temporal de dias o feto se desenvolva para a frente e se dêem os primeiros movimentos intrauterinos. Nestes casos há uma alteração abrupta do corpo da mulher grávida.

O facto de menstruarem durante o período de gestação é visto como um fenómeno oposto ao da gravidez psicológica. Nesta, a mulher acredita estar grávida e por isso tem todos os sintomas inerentes a uma gravidez normal. Na negação da gravidez dá-se o oposto, e por não acreditar na gestação não terá os respectivos sintomas, daí a permanência da menstruação durante esse período. Contudo, apesar das muitas teorias biológicas que se formam acerca desse fenómeno – como podendo ser um sangramento resultante de um endométrio cervical instável ou algum defeito na cérvix como fonte de sangramento -, demonstrou-se que as perdas de sangue que se dão durante a gestação não correspondem ao sangue menstrual²⁵⁸.

Ainda não foi apontada uma causa específica que esteja na base da ocorrência deste fenómeno. Contudo, a maioria dos autores argumenta tratar-se de um mecanismo de defesa inconsciente criado pela mulher para esconder de si própria a gravidez devido a conflitos de foro interno. Assim sendo, podem ser variadas as razões pelas quais se desenvolvem este mecanismo, devido à variabilidade individual de experiências de cada indivíduo e da forma como lidam com as mesmas²⁵⁹.

Os factores de risco apontados como mais frequentes na ocorrência deste fenómeno são: isolamento social, Q.I. abaixo do normal, imaturidade, baixa idade, concepção fora de uma relação conjugal, desconhecimento em relação ao próprio corpo²⁶⁰, baixo nível de educação escolar, ausência maternal, elevados níveis de stresse²⁶¹ e, abuso de substâncias²⁶².

Apesar da identificação destes factores de risco também foram realizados estudos com mulheres que se encontravam em estado de negação não psicótica da gravidez que não apresentavam nenhum destes factores. Assim, conclui-se que não há uma categoria

²⁵⁸ GONÇALVES, Thomás, *op. cit.*, p. 36.

²⁵⁹ SANDOZ, Patrick, “A systematic explanation of denial of pregnancy fitting clinical observations and previous models”, in *Peerj PrePrints*, Maio, 2015, p. 5 (1-8).

²⁶⁰ GONÇALVES, Thomás, *op. cit.*, p. 36-37.

²⁶¹ SANDOZ, Patrick, *op. cit.*, p. 2.

²⁶² FRIEDMAN, Susan, HENEGHAN, Amy, ROSENTHAL, Miriam, “Characteristics of women who deny or conceal pregnancy”, in *Psychosomatics*, 48:2, Março-Abril, 2007, p. 117 (117-122).

específica de mulheres que possa desenvolver este fenómeno, ainda que sejam esses os factores de risco mais associados²⁶³.

Os factores que têm sido atribuídos a conflitos internos que possam levar ao aparecimento do mecanismo de negação são: raiva em relação ao pai da criança, questões religiosas, distúrbio psiquiátrico, ausência ou fraca relação maternal, medo do abandono, anterior perda da custódia de um filho²⁶⁴ e, abuso emocional ou sexual na infância²⁶⁵. Quando o feto seja oriundo de um abuso sexual ou de uma relação incestuosa, ou naqueles casos em que os pais da gestante se comportam de forma sexualizada em relação aos filhos, ainda que, por outro lado, reprimam e proíbam assuntos relacionados com a sexualidade, a negação da gravidez torna-se num mecanismo de negação do bebé, por este ser fruto de uma experiência sexual traumática. O acto sexual passa a ser encarado como algo perturbador, que deverá estar fora do psiquismo da mulher²⁶⁶. Exemplo de uma relação incestuosa que levou a uma negação não psicótica da gravidez é o caso de A, adolescente de 13 anos, que partilhava o quarto com o irmão mais velho, de 17 anos. Cerca de 10 meses antes da gravidez ser descoberta, o rapaz passou a frequentar durante a noite a cama da irmã mais nova – mantendo relações sexuais consentidas, advertindo a mesma de que ninguém poderia ter conhecimento -, tal relação cessou quando o rapaz foi estudar para fora. A adolescente não apresentou quaisquer sintomas de uma gravidez e não sabia quando tinha sido a última menstruação. Os pais e professores alegaram não ter tido conhecimento do estado grávidico. A gravidez foi descoberta quando a rapariga deu entrada no hospital com dores abdominais, mais tarde atribuídas ao facto de se encontrar em trabalho de parto. A criança nasceu com hipospádia e hidra encefalia, vindo a falecer 59 horas após o nascimento. A mãe adolescente não mostrou distúrbios emocionais, tendo encarado a morte do nascituro como um alívio²⁶⁷.

Mesmo as mulheres que se encontram num considerável estado psicológico podem desenvolver uma negação não psicótica da gravidez quando confrontadas com alguns desses conflitos internos, e ainda que não apresentem nenhum dos factores de risco

²⁶³ SANDOZ, Patrick, *op. cit.*, p. 2.

²⁶⁴ FRIEDMAN, Susan, HENEGHAN, Amy, ROSENTHAL, Miriam, *op. cit.*, p. 117.

²⁶⁵ SANDOZ, Patrick, *op. cit.*, p. 2.

²⁶⁶ GONÇALVES, Thomás, *op. cit.*

²⁶⁷ LEE, ACW, CH, Li, KWONG, NS, SO, KT., *op. cit.*, p.62.

acima mencionados se se encontrarem sobre elevados níveis de stress²⁶⁸. A indecisão quanto à maternidade é também um factor que pode levar a este fenómeno, bem como uma tentativa de aborto falhada ou a impossibilidade de recorrer a essa prática²⁶⁹. Algumas mulheres desenvolvem uma negação da gravidez devido à imagem que têm delas mesmas e, por isso, todos os sintomas que lhes são apresentados não poderão ser vistos como tal porque isso interferiria com o projecto de vida que estabeleceram. Por isso acreditam sempre que uma gravidez nunca lhes poderia acontecer²⁷⁰.

Pode ocorrer em mulheres diagnosticadas com esquizofrenia²⁷¹. No caso de mulheres que sofrem desta condição ou de outras – distúrbios esquizoafetivos ou bipolaridade -, têm uma forte probabilidade de desenvolver uma negação da gravidez, devido à incoerência, desorganização, alucinações e, delírios²⁷².

A violência familiar, doméstica e relações instáveis e perturbadas com o parceiro ou com os pais, ou não aprovadas socialmente são também apontadas como factores de risco que levam à negação não psicótica da gravidez, uma vez que a mulher tende a negar a gravidez devido à angústia que sente face a esses eventos traumáticos da sua vida. Essa falta de apoio conjugal e familiar pode fomentar a negação, por a mulher não se sentir capaz de desempenhar o papel de mãe²⁷³.

Por vezes, a falta de conhecimento sexual e da própria fertilidade contribuem para a ocorrência deste fenómeno. Muitas mulheres consideram-se pouco férteis ou mesmo incapazes de reprodução e por isso também não utilizam métodos contraceptivos, assim, quando confrontadas com a possibilidade de uma gravidez tendem a negá-la frequentemente. Mulheres mais velhas pensam já estar na menopausa²⁷⁴. Outras, devido à sua ingenuidade não representam o facto de que uma relação sexual possa desencadear

²⁶⁸ FINLAY, F., MARCER, H., BAVERSTOCK, A., *op. cit.*.

²⁶⁹ SANDOZ, Patrick, *op. cit.*, p. 2.

²⁷⁰ CONLON, Catherine, *op. cit.*, p. 88.

²⁷¹ LUNDQUIST, Caroline, *op. cit.*, p. 146.

²⁷² BEIER, Klaus, WILLE, Reinhard, WESSEL, Jens, “Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: a proposal for international classification system”, in *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 2006, p. 727 (723-730).

²⁷³ AGÊNCIA LUSA, “Negar a gravidez para evitar o sofrimento de ser mãe”, in *RTP Notícias*, 30 de Janeiro de 2007, disponível em https://www.rtp.pt/noticias/pais/negar-a-gravidez-para-evitar-o-sofrimento-de-ser-mae_n39649.

²⁷⁴ FINLAY, F., MARCER, H., BAVERSTOCK, A., *op. cit.*.

uma gravidez²⁷⁵. Uma mulher com problemas cognitivos pode não conseguir apreender o motivo pelo qual o corpo está a mudar, resultando na negação da gravidez²⁷⁶.

A negação da gravidez – quando a mesma não apresenta sintomas - pode ser também a única forma que a mulher encontra (inconscientemente) de poder desenvolver uma gestação. Assim sucedeu com B, alertada pelo médico que se decidisse engravidar poderia correr o risco de que o filho que viesse a gerar desenvolvesse a mesma doença que levou à morte do pai. Assim, ao negar a gravidez, pode levar a cabo uma gestação completa e realizar o desejo da maternidade²⁷⁷.

Quando o processo de gestação ocorre sem que o corpo emita sinais do mesmo, mas venha a ser descoberta durante esse período, ou anda que seja apenas após o parto, poderão ocorrer dois cenários - num, a mulher adapta-se à condição de mãe durante a gestação e após o parto; noutro, continua a negar o facto de estar grávida, ainda que desta vez já tenha todos os sinais. Essa negação pode transitar para o pós-parto. Tal foi o caso da parturiente C, que após o parto, decorrido no hospital, continuou a negar aos profissionais de saúde que tinha tido um filho, e o de D, que após dar à luz e ter ouvido o choro da criança pensou que uma outra mulher teria dado à luz.

Se a gravidez não for descoberta durante a gestação as contracções que antecedem o parto nunca são percepcionadas como tal. As mulheres tendem a atribuir esses sintomas a algum factor relacionado com a saúde – doença, comida envenenada, dores menstruais, ou necessidade de defecar. No momento do parto não sentem o desconforto normal sentido por uma gestante que sabe estar grávida. Assim sucedeu com E, que deu à luz no duche, mas alegou não ter sentido qualquer dor ou desconforto quando algo saiu de dentro de si. Conseguia ver, mas não sentir e, por isso, quando viu a cabeça do bebé a sair não associou que sairia de si.

Quando apenas alguns sinais da gravidez estão presentes – como o atraso menstrual – podem ser mal interpretados por não virem acompanhados de outros sintomas naturais e, por isso, a gravidez é negada até ao momento do parto. F, devido aos períodos menstruais irregulares não associou essa falta com a gravidez, ainda que uma amiga o tenha sugerido. Assim, só teve conhecimento da gravidez no momento do parto,

²⁷⁵ GONÇALVES, Thomás, *op. cit.*, p. 94.

²⁷⁶ EARL, Gill, *op. cit.*, p. 5.

²⁷⁷ GONÇALVES, Thomás, *op. cit.*.

alegando que por se encontrar atordoada nesse momento a única memória que tem é a de um bebé morto na sanita²⁷⁸.

No momento do parto as parturientes podem sentir uma dissociação do próprio corpo. O parto é definido como uma experiência fora do corpo, na qual perdem os sentidos normais de consciência, memória e identidade, entrando num estado semelhante ao de transe, hipnótico ou fuga, vindo a realizar actos em consequência desse estado sem saber o que estão a fazer²⁷⁹.

Regra geral, este fenómeno de negação não psicótica da gravidez não é apenas um fenómeno individual, mas também um fenómeno colectivo, pois quem entra em contacto com a gestante também desconhece o seu estado físico, por não existirem sinais do mesmo ou pelas explicações racionais que a grávida dá em relação aos sintomas, assim sucede frequentemente com familiares mais próximos ou com o parceiro que por vezes mantém relações sexuais (mesmo algumas horas antes do parto) sem receber sinais da gravidez²⁸⁰. O facto de familiares e amigos da mulher nada dizerem acerca da gestação por não a notarem faz com que a negação se acentue, pois a gestante acredita que se nada lhe é dito acerca do seu estado então não há sequer a probabilidade de estar grávida²⁸¹.

Os casos de infanticídio logo após o parto são, na sua maioria, precedidos pelo fenómeno da negação não psicótica da gravidez²⁸². O infanticídio dá-se devido ao choque percebido pela mulher ao dar à luz uma criança da qual ela não tinha conhecimento, por se sentir desorganizada ou dissociada, podendo o nascituro ser a caracterização dos seus medos²⁸³.

Apesar de variadíssimos casos de infanticídio precedido por este fenómeno, alguns autores sustentam que na sua maioria o homicídio não se dá de forma activa, mas, antes, passiva, pois devido ao choque (aumentado pelo desconhecimento) do parto, sentem-se confusas e desorientadas, o que contribui para que negligenciem o nascituro e este acabe

²⁷⁸ LUNDQUIST, Caroline, *op. cit.*, p. 148.

²⁷⁹ AYRES, Susan, MANJUNATH, Prema, “Denial and concealment of Unwanted Pregnancy: “A Film Hollywood Dared Not Do””, in *Journal of civil rights & ECONOARCDEVELOPAENT*, vol. 26:2, p. 204 (197-221).

²⁸⁰ LUNDQUIST, Caroline, *op. cit.*, p. 148.

²⁸¹ GONÇALVES, Thomás, *op. cit.*.

²⁸² SANDOZ, Patrick, *op. cit.*, p. 811.

²⁸³ BEIER, Klaus, WILLE, Reinhard, WESSEL, Jens, *op. cit.*, p. 728.

por falecer por falta de cuidados neonatais²⁸⁴. Contudo, as causas mais comuns de infanticídio no momento do parto são por afogamento, pois muitos dos bebés nascem nas sanitas e, por sufoco, pois as mães tentam silenciar o nascituro para esconder as evidências de que deram à luz²⁸⁵. A morte do nascituro não é um acto planeado, sendo antes o resultado de uma acção instintiva derivada do pânico. O corpo do bebé é geralmente escondido para que não sejam deixadas quaisquer provas de que deu à luz²⁸⁶.

Em 2006, tentou-se integrar o fenómeno da negação não psicótica da gravidez no DSM e no Código Internacional de Doenças (CID), na categoria de disfunções reprodutivas sem causas orgânicas. Contudo, não procedeu²⁸⁷.

Alguns autores proclamam para que este fenómeno seja integrado no DSM por se tratar de um distúrbio de identidade de género. Assim, as mulheres que falham em reconhecer que estão grávidas por não desenvolver os sintomas de uma gravidez são mulheres que falham em reconhecer a capacidade reprodutiva, o que significa então que não se identificam como mulheres, pois a concepção e o parto são vistos como uma adaptação à condição feminina, e os sentimentos em relação à gravidez reflectem uma atitude positiva em relação à feminilidade. Se a mulher não adquire a consciência da gravidez, tal significa então que também não tem a consciência do seu género feminino, rejeitando-o²⁸⁸. Por outro lado, alguns autores entendem que deveria ser integrado na categoria de “transtornos de ajuste”²⁸⁹.

Nos casos em que este fenómeno não leve ao infanticídio logo após o parto ou nos dias em que se seguem, corre-se o risco de que a mãe não desenvolva nenhum apego materno ao nascituro.

²⁸⁴ *Ibid.*, 288.

²⁸⁵ GONÇALVES, Thomás, *op. cit.*.

²⁸⁶ AMIREJIBI, Tinatin, “Mothers Who Kill Psychosocial Profile of Filicidal and Neonaticidal Mothers in Georgia Anti Violence Network of Georgia”, disponível em, <http://www.parliament.ge/uploads/other/75/75670.pdf>, p. 6.

²⁸⁷ GONÇALVES, Thomás, *op. cit.*.

²⁸⁸ LUNDQUIST, Caroline, *op. cit.*, pp. 149-156.

²⁸⁹ BEIER, KM et al., *op. cit.*, p.728.

Muitas crianças que nasceram na decorrência de uma negação da gravidez são dadas para adoção pela mãe ou ficam aos cuidados dos avós²⁹⁰. No pior dos cenários pode ocorrer um homicídio num longo período após o parto.

Um dos casos mais mediáticos de (alegada) negação de gravidez é o de Dominique Cottrez, de 51 anos, que cometeu crimes de neonaticídio ao longo de 20 anos. Em 2010 foram descobertos 2 cadáveres de recém-nascidos enterrados no jardim da sua casa, posteriormente foram descobertos mais 6 cadáveres escondidos em casa. Ficou apurado que os homicídios dessas crianças ocorreram a partir do ano de 1989. Dominique alegou que o motivo para a ocultação da gravidez e consequente homicídio dos nascituros foi a relação incestuosa que mantinha com o seu próprio pai. No entanto, os testes de paternidade realizados demonstraram que o pai seria o seu companheiro. Era assistente de enfermagem, casada e com duas filhas. A obesidade foi o que facilitou o processo de ocultação. Para Dominique, o infanticídio era um método contraceptivo e nunca pensou em abortar pelo medo que sente de médicos. Alegou ter sido abusada sexualmente pelo pai na infância, mas que as relações sexuais perduraram até então. A defesa alegou que se encontrava num estado de negação da gravidez. Dominique confessou que enquanto estava grávida desejava que alguém lhe dissesse que estava grávida e a pudesse ajudar a lidar com isso. O Júri considerou que sofria de algum problema psicológico e que o primeiro homicídio não tinha sido premeditado, e por isso foi condenada a uma pena de prisão de 9 anos²⁹¹.

Em síntese, a negação não psicótica da gravidez pode-se dividir em duas situações: uma, na qual a gestante não apresenta os sintomas típicos de uma gravidez, como o aumento do ventre; e outra, na qual a gestante apresenta todos os sintomas da gravidez, mas vem a nega-la de seguida. O que distingue estas duas situações é o facto de que na primeira a gestante não tem a pré-consciência de estar grávida e apesar de alguns sintomas se manifestarem não coloca a possibilidade de uma gravidez; na segunda situação, a mulher nalgum momento é confrontada com a certeza de estar grávida, passando, assim, a desenvolver um mecanismo de negação relativamente a esse facto. Em ambas as situações estamos perante uma negação da gravidez, e os motivos que podem levar à ocorrência de uma situação ou de outra são os mesmos, diferenciando na

²⁹⁰ GONÇALVES, Thomás, *op. cit.*.

²⁹¹ ALLEN, Peter, “Mother who killed eight of her newborn babies after secretly giving birth at her home is jailed for nine years in France”, in *MailOnline*, disponível em <http://www.dailymail.co.uk/news/article-3147584/French-mother-Dominique-Cottrez-jailed-nine-years-infanticide-deaths-eight-babies.html>.

forma como o cérebro actua com essa negação. Nuns casos a barreira é tão grande que não emite sinais ao corpo, para que esta não chegue a ter a consciência e, nos outros, emite sinais, mas não deixa que aquilo que a mulher vê seja por ela percebido.

4.5. Negação psicótica da gravidez

Neste fenómeno de negação os sinais da gravidez não estão ocultos, manifestam-se no corpo da mulher. Assim, a mulher está visivelmente grávida, apresentando a tradicional barriga. Contudo, esta não adquire essa consciência, sendo esses sinais interpretados de uma forma bizarra. Este tipo de negação da gravidez não é um fenómeno colectivo, mas, sim, individual. Todos os outros reconhecem a gravidez, à excepção da gestante²⁹². O que o distingue do fenómeno de negação não psicótica da gravidez onde estão presentes todos os sintomas é a forma delirante como na negação psicótica são encarados.

É comum desenvolver-se em mulheres que sofrem de esquizofrenia, distúrbios psicoafectivos e, bipolaridade²⁹³, constituindo assim a negação da gravidez um aspecto dessa doença mental²⁹⁴.

Ao contrário da negação não psicótica da gravidez, na negação psicótica há uma ruptura com a realidade²⁹⁵, que é assim rejeitada e substituída por uma outra realidade²⁹⁶.

É, por vezes, confundida com o fenómeno da “ocultação da gravidez”, no qual a mulher sabe que está grávida e oculta-a de terceiros. Contudo, na negação psicótica a mulher desconhece, genuinamente, a sua condição, pelo que o que pode parecer uma negação para terceiros – por apresentar várias justificações sem fundamento – não o será subjectivamente para a gestante. O estado emocional não permite atingir a consciência da gravidez, interpretando os sinais de forma alucinatória e delirante²⁹⁷.

²⁹² VELLUT, Natacha, COOK, John M., TURSZ, *op. cit.*, p. 3.

²⁹³ SOLARI, Hugo, *op. cit.*, p. 23.

²⁹⁴ MATEUS, Joana da Silva, *op. cit.*, p. 17.

²⁹⁵ GONÇALVES, Thomás, *op. cit.*.

²⁹⁶ SOLARI, Hugo, *op. cit.*, p.23.

²⁹⁷ GONÇALVES, Thomás, MACEDO, Mónica, *op. cit.*, p. 90-91.

O comportamento da gestante ao negar a gravidez não se traduz em tentativas para enganar a família, amigos e terceiros. Na realidade, todos os esforços de dissimulação da gravidez ocorrem ao nível subjectivo da mulher e têm como propósito enganar a si mesma²⁹⁸.

Os sintomas presenciados pela gestante são interpretados de forma delirante²⁹⁹. Quando a mulher percebe os movimentos fetais tende a acreditar que tais movimentos ocorrem por o fígado e os rins se terem soltado e, por isso, estarem perdidos dentro do seu próprio corpo, não trabalhando com o corpo no seu conjunto³⁰⁰. O aumento da barriga é atribuído ao acumular de gases, ao elevado consumo de sumo de laranja, ou até a um demónio dentro do corpo, e as contracções devido ao consumo de esparguete. Por vezes acreditam que as náuseas são a consequência de um envenenamento através de um gás, lançado pelo Governo numa experiência científica secreta³⁰¹. É frequente que quando se olham ao espelho e percebem o aumento de peso atribuam essa mudança corporal a fenómenos sobrenaturais³⁰².

Os factores de risco associados ao desenvolvimento deste fenómeno são: o estado psíquico da gestante – sofrer de psicose – e, a anterior perda da custódia de um filho³⁰³. Frequentemente, quem desenvolve uma negação psicótica da gravidez, sofre de doenças mentais, como esquizofrenia e bipolaridade³⁰⁴.

Não há um grupo homogéneo de mulheres que possam desenvolver este fenómeno. Contudo, ocorre com maior frequência em mulheres que sofrem de algum transtorno mental. No entanto, também se pode manifestar em mulheres que se encontrem num razoável estado psicológico.

Apesar de a comorbidade com uma doença mental ser o maior factor de risco no desenvolvimento da negação psicótica, ficou comprovado que as mulheres que

²⁹⁸ BEIER, Klaus, WILLE, Reinhard, WESSEL, Jens, *op. cit.*, p. 727.

²⁹⁹ GONÇALVES, Thomás, *op. cit.*.

³⁰⁰ AYRES, Susan, MANJUNATH, Prema, *op. cit.*, p. 204.

³⁰¹ NAU, Melissa, BENDER, Eric, STREET, Judith, “Psychotic denial of pregnancy: legal and treatment considerations for clinicians”, in *The Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, vol. 39, nº1, 2011, p. 24 (31-39).

³⁰² FRIEDMAN, Susan, FRIEDMAN, Joshua, “Parents who kill their children”, in *Pediatrics in review*, vol. 31, nº2, Fevereiro, 2011, p. 11 (10-16).

³⁰³ FRIEDMAN, Susan, HENGHAN, Amy, ROSENTHAL, Miriam, *op. cit.*, p. 117.

³⁰⁴ JENKINS, Angela, MILLAR, Simon, ROBINS, James, “Denial of pregnancy – a literature review and discussion of ethical and legal issues”, in *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104, 2011, p. 287 (286-291).

desenvolvem este transtorno têm, na maioria, um fraco apoio social, estão socialmente isoladas e com conflitos familiares, mantêm relações amorosas instáveis e, baixo poder económico. Por vezes podem até não estar isoladas socialmente, mas carecem de uma relação emocionalmente próxima com as pessoas com quem convivem frequentemente³⁰⁵.

Também na negação psicótica da gravidez entende-se que a existência de conflitos internos e medos sobre gravidez, sexualidade e, dependência podem gerar este fenómeno³⁰⁶.

Apesar de o estado gravídico ser notório, os terceiros por vezes nada dizem em relação ao mesmo devido ao silêncio da gestante, e comportam-se como se também não soubessem. Consideram, assim, que existe um pacto tácito para que não se fale na gravidez, tendo em conta que a gestante nada diz³⁰⁷.

Alguns autores entendem a negação psicótica da gravidez como uma forma especial do síndrome de *Cotard's*. Neste os indivíduos acreditam que perderam uma parte deles próprios, seja algo integrante da sua estrutura, ou uma função do corpo, o próprio corpo, a alma, ou o Mundo. Tal corelação é feita tendo em conta que algumas mulheres que experienciaram este fenómeno considerava ter o útero morto e, portanto, não poderiam estar grávidas. Tal foi o caso de A, 24 anos, que após o 2º mês de gravidez desenvolveu o fenómeno da negação psicótica por acreditar que já não estava grávida porque o útero e o feto tinham morrido. Quando confrontada pela família com as evidências da gravidez – amenorreia, aumento da barriga, e radiografias que indicavam que o feto estava vivo –, continuava em negação. Apresentava alucinações, pois dizia que as suas actividades, como andar e sentar, estavam a ser controladas por um Deus, que lhe oferecia orações, e os seus membros se movimentavam sozinhos. Os familiares forçaram-na a frequentar consultas pré-natais. O parto foi efectuado por cesariana, pois a gestante não cooperava para dar à luz. Duas semanas após o parto foi encaminhada para a ala psiquiátrica por não tratar do recém-nascido. Contudo, não mostrou sinais ou a pretensão de infligir maus-tratos ao mesmo. No passado apresentou alguns problemas psicológicos, como, alucinações.

³⁰⁵ NAU, Melissa, BENDER, Eric, STREET, Judith, *op. cit.*, p. 24.

³⁰⁶ OSTLER, Tereza, KOPELS, Sandra, “Schizophrenia and Filicide”, in *Current Women's Health Reviews*, 6, 2010, p. 58 (58-62).

³⁰⁷ BEIER, Klaus, WILLE, Reinhard, WESSEL, Jens, *op. cit.*, p. 728.

A negação psicótica da gravidez enquanto uma parte do síndrome de *Cotard's* tem sido reportada em casos onde a gestante sofre de esquizofrenia ou depressão³⁰⁸.

Uma negação psicótica da gravidez pode ser precedida do fenómeno de negação não psicótica da gravidez. Assim sucedeu com B que se dirigiu a um centro hospitalar com dores de estômago e pedindo um inalador para a asma. Apesar de não apresentar sinais de gravidez foram-lhe realizados alguns exames, que comprovaram a existência da gestação, já no 3º trimestre. Apesar das evidências a paciente continuou em negação da gravidez e adoptou comportamentos descritos como “bizarros” e “paranoicos”, alegando tratar-se de uma “gravidez fantasma”. Foi reencaminhada para a ala psiquiátrica por 72 horas por apresentar graves distúrbios mentais e por ser considerada como incapaz de cuidar da própria vida. Com o crescimento da barriga invocou tratar-se de um fenómeno paranormal, projectado no seu corpo como consequência de ter comido granola no mês anterior. Confessou ter estado grávida no passado, como resultado da troca de corpo que fez com outra mulher, bem como o facto de já ter tido um filho que lhe foi retirado pelos serviços sociais³⁰⁹.

Tal como na negação não psicótica da gravidez, as contracções e as dores que antecedem o momento do parto são, na sua maioria, associadas à necessidade de defecar, não sendo assim a possibilidade de dar à luz uma representação da gestante. Está associada ao homicídio activo do nascituro, ocorrendo frequentemente por sufoco ou estrangulamento³¹⁰.

O caso de Veronique Corjault chamou também a atenção dos meios de comunicação social. Veronique, de 41 anos, foi acusada de matar 3 recém-nascidos. Um dos corpos queimou e outros dois escondeu no congelador. A defesa alegou que Veronique teria estado em negação da gravidez, facto que foi corroborado pela mesma, confessando ter a consciência de estar grávida, mas que, todavia, não sabia que estava grávida de bebés. Defendeu-se dizendo não se tratar de uma ocultação deliberada, pois foi o corpo que bloqueou a gravidez, e que nenhuma ligação foi desenvolvida com os fetos. Os recém-nascidos seriam filhos do seu marido, tendo o casal já tido outros dois filhos. Foi

³⁰⁸ KUPPILI, Pooja, GUPTA, Rishab, PATTANAYAK, Raman, KHANDELWAL, Sudhir, “Delusional denial of pregnancy: unique presentation of Cotard’s syndrome in a patient with schizophrenia”, in *Asian Journal of Psychiatry*, 30, 2017, p. 26 (26-27).

³⁰⁹ NAU, Melissa, BENDER, Eric, STREET, Judith, *op. cit.*, pp. 31-32.

³¹⁰ JENKINS, Angela, MILLAR, Simon, ROBINS, James, *op. cit.*, p. 288.

condenada a uma pena de prisão de 10 anos³¹¹. Para Dominique, o que se encontrava dentro dela não seriam seus filhos, mas, sim, um prolongamento dela mesma³¹².

4.6. Ocultação da gravidez

Não se trata de um fenómeno de negação da gravidez. A gestante sabe que está grávida e todos os sintomas da gravidez se manifestam. Contudo, decide ocultar essa condição de familiares, amigos e, terceiros³¹³, na maioria dos casos por ter medo da representação que façam da gravidez³¹⁴, ou por tencionar entregar o recém-nascido para adopção³¹⁵.

Apesar de não ser um caso de negação da gravidez também se encontram num momento de conflito interior³¹⁶.

Os motivos que levam uma mulher a querer esconder a gravidez poderão estar relacionado com o facto de esta ser o resultado de um abuso sexual – dentro ou fora do seio familiar – e, por isso, ter receio das consequências da denúncia desse abuso, por a gravidez ocorrer num contexto de violência doméstica que aumentaria com o conhecimento da gravidez, ou devido à perda anterior da custódia de um filho e, assim, ao esconder a gravidez assegura-se de que esse novo ser não lhe será retirado. O medo da perda do filho também ocorre no caso de mulheres que consomem substâncias ilícitas, evitando os cuidados pré-natais para que após o parto o nascituro não lhes seja retirado. Se se tratar de uma gravidez fora de um relacionamento conjugal, a mulher pode ter receio do estigma que irá sentir e por isso esconde a gravidez dos olhos daqueles que a censuram. Nalgumas culturas pode ser um factor de vergonha para a família, que pode mesmo incentivar a ocultação, ou até mesmo levar à sua morte³¹⁷.

³¹¹ ASSOCIATED PRESS, “French mother jailed for murdering three of her babies”, in *The Guardian*, 19 de Junho de 2009, disponível em <https://www.theguardian.com/world/2009/jun/19/french-mother-jail-murder-babies>.

³¹² CHRISAFIS, Angeline, “French mother on trial after two babies found in freezer”, in *The Guardian*, 7 de Junho de 2008, disponível em <https://www.theguardian.com/world/2009/jun/07/french-mother-trial-babies-freezer>.

³¹³ VELLUT, Natacha, COOK, John M., TURSZ, Ann, *op. cit.*, p.3-4.

³¹⁴ GONÇALVES, Thomás, MACEDO, Mônica, *op. cit.*, p. 90.

³¹⁵ FRIEDMAN, Susan, HENEGHAN, Amy, ROSENTHAL, Miriam, *op. cit.*, p. 117.

³¹⁶ *Ibid.*, p. 121.

³¹⁷ EARL, Gill, *op. cit.*, pp. 5-8.

Outro factor para a ocultação é o de que a gravidez possa ser o resultado de uma relação incestuosa³¹⁸. Podem também decidir ocultar a gravidez por ainda não saberem o desfecho que irão dar ao recém-nascido e assim pretendem manter-se afastadas das opiniões alheias. Nalguns casos a revelação da gravidez poder-se-ia traduzir num evento traumático para a mulher³¹⁹.

O homicídio do nascituro nestes casos de ocultação deve-se, por vezes, a problemas económicos e financeiros³²⁰. Contudo, na maioria das vezes trata-se de uma gravidez indesejada e, assim, a morte do nascituro é vista como a melhor solução para o problema, pois este irá desaparecer se desaparecer o filho que deu à luz³²¹.

O processo da ocultação é efectuado através do uso de roupas largas, corpetes ou ligaduras que escondam a barriga. Continuam a beber e fumar socialmente, para que não sejam levantadas suspeitas de uma possível gravidez. Quando os sintomas começam a ser visíveis para terceiros dão justificações racionais e plausíveis, como febre glandular, quistos nos ovários, tumores, sintomas da menopausa e, aumento de peso³²².

O facto de esconderem a gravidez pode-se tratar também de um processo consciente de negação da mesma. Assim, têm conhecimento de que estão grávidas, contudo, negam essa gravidez por acreditarem que a maternidade não irá prosseguir, seja devido a um aborto espontâneo ou pelo nascimento de um nado-morto. Demonstram não ter planos para o momento do nascimento, percebendo-o como o fim de tudo, pois não irá prosseguir com uma maternidade. Muitas planeiam colocar o recém-nascido para adopção ou abandoná-lo num hospital para que receba os cuidados adequados³²³.

Um caso mediático de ocultação da gravidez deu-se em 2005, quando uma jovem de 18 anos, Consuelo Camacho, matou o filho com 15 facadas feitas com uma tesoura, após dar à luz no chuveiro. Consuelo era estudante universitária e definida como inteligente e motivada. Escondeu a gravidez da mãe, amigos e, terceiros. Quando confrontada pelo empregador com uma possível gravidez disse tratar-se de um tumor,

³¹⁸ FINLAY, F., MARCER, H., BAVERSTOCK, A., *op. cit.*

³¹⁹ CONLON, Catherine, *op. cit.*, p. 54.

³²⁰ *Ibid.*, p. 52

³²¹ BRATFISCH, Aline, AMARAL, Hamilton, "Sociedade e infanticídio", in *Revista Eletrônicas da Toledo Prudente*, 2007, disponível em <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/1593/1510>.

³²² CONLON, Catherine, *op. cit.*, p. 54.

³²³ *Ibid.*, pp. 96-97.

ao qual seria operada brevemente. Aos amigos e outros membros da família dizia estar com um problema de saúde que lhe causou um inchaço no estomago. Mais tarde veio-se a descobrir que a gravidez era o resultado de abusos sexuais perpetrados pelo seu padrasto, e que este tinha conhecimento da mesma³²⁴.

Na maioria dos casos onde há uma gravidez oculta por parte das gestantes, o parto dá-se num local escondido, frequentemente em casa, sem que alguém se aperceba. Contudo, tal não foi o caso de C, que ocultou a gravidez por considerar a criança ilegítima, por não ser casada com a pessoa com quem mantinha relações sexuais. Assim, deu à luz no hospital, mas decidiu matar o recém-nascido quando regressava a casa, por asfixia, e enterrando-o na neve. C, vinha de uma família bastante religiosa que não aceitava relações extramaritais, e tinha sido casada anteriormente aos 13 anos de idade, vindo mais tarde a divorciar-se³²⁵.

O facto de familiares e amigos não notarem a gravidez da mulher é um indício do fraco apoio emocional que esta recebe, devido à falta de proximidade com esses entes ou a conflitos familiares. Tratando-se de uma mulher obesa ou demasiado magra o processo de ocultação também se torna mais difícil de desmistificar³²⁶.

Apesar da opinião maioritária, a ocultação da gravidez não ocorre apenas em adolescentes³²⁷.

O fenómeno da ocultação da gravidez é um forte antecedente da fraca vinculação maternal, do abandono de crianças e do infanticídio após o parto³²⁸.

A ocultação da gravidez pode ser antecedita por um fenómeno de negação da gravidez. Ao ter conhecimento desta a gestante decide mantê-la em segredo³²⁹.

Regra geral, as mulheres que ocultação a gravidez não sofrem de nenhuma psicopatologia³³⁰, sendo, portanto, um acto consciente.

³²⁴ AYRES, Susan, MANJUNATH, Prema, *op. cit.*, p. 209.

³²⁵ AMIREJIBI, Tinatin, *op. cit.*, pp. 10-11.

³²⁶ AYRES, Susan, MANJUNATH, Prema, *op. cit.*, p. 210.

³²⁷ EARL, Gill, *op. cit.*, p. 7.

³²⁸ CONLON, Catherine, *op. cit.*, p. 51.

³²⁹ FRIEDMAN, Susan, FRIEDMAN, Joshua, *op. cit.*, p. 11.

³³⁰ CONLON, Catherine, *op. cit.*, p. 52.

4.7. Neonaticide syndrome

O neonaticídio é caracterizado como a morte de uma criança nas primeiras 24 horas de vida. O antecedente mais frequente no homicídio destes nascituros é o fenómeno da negação da gravidez, psicótica ou não psicótica³³¹.

Em ambos os casos, o momento do parto é algo que ocorre de forma inesperada, de tal forma que as dores das contracções e do momento do parto são menores, face às dores sentidas numa gestante que não se encontra em negação³³². Na maioria das vezes o parto ocorre em silêncio com a parturiente sozinha³³³.

Tanto na negação psicótica, como na negação não psicótica, tem sido entendido que a negação da gravidez começa com uma forma de negação e procede como uma dissociação do próprio corpo, cessando no momento do parto, no qual as gestantes têm um episódio psicótico, o que leva a que matem instantaneamente o nascituro. Para alguns, esse comportamento está integrado no denominado “*neonaticide syndrome*”³³⁴. A gestante entra em negação por se encontrar desconectada com as circunstâncias envolventes e com os seus sentimentos, considerando a gravidez como algo perigoso ou ameaçador, desconectam-se desse facto, ficando presas numa outra parte da mente³³⁵. Após o homicídio do nascituro, a maioria das mulheres esconde o corpo, geralmente em armários, caixotes do lixo ou lixeiras³³⁶.

Este síndrome é entendido como um estado clínico que se manifesta em comportamentos e sintomas durante a gravidez, o parto e, no momento do homicídio do nascituro. Não sentem a experiência de dar à luz como uma experiência própria, podendo entrar em vários estados mentais atípicos durante o parto. A maioria das mulheres que deu à luz após uma negação da gravidez descreveu a experiência do parto

³³¹ SPINELLI, Margaret, “A systematic investigation of 16 cases of neonaticide”, in *The American Journal of Psychiatry*, 158, 2001, p. 811 (811-813).

³³² SANDOZ, Patrick, *op. cit.*, p. 1.

³³³ WILIS, Amy, *op. cit.*, p. 1001.

³³⁴ SPAIN, Julie, “Changing the narrative of neonaticide”, in *Indiana Journal of Law and Social Equality*, vol. II, nº1, 8, 2013, p. 166 (166-181).

³³⁵ FAZIO, Christine, COMMITTO, Jennifer, “Rethinking the tough sentencing of teenage neonaticide offenders in the United States”, in *Fordham Law Review*, 67, 1999, p. 3136 (3109-3168).

³³⁶ SAUNDERS, Edward, “Neonaticide following “secret pregnancies”: seven case reports”, in *Public Health Reports*, vol. 104, nº4, Julho-Agosto, 1989, p. 370 (368-372).

como algo fora do corpo, vendo-se a elas mesmas a dar à luz. Podem sofrer alucinações durante esse momento, ou ouvir vozes dentro da própria cabeça e, amnésia³³⁷.

O que leva à ambição da caracterização do neonaticídio como um síndrome é a constatação de que a personalidade e os comportamentos efectuados pelas homicidas durante a gravidez, o parto, e momentos após o parto são semelhantes. As gestantes apresentam algumas características em comum, como, a negação da gravidez, o parto solitário e a personalidade passiva³³⁸.

Instantes após o parto experienciam esse episódio psicótico, que resulta, na maioria das vezes, na morte do nascituro, activamente – a mãe mata o recém-nascido -, ou passivamente – o recém-nascido morre ao não receber os cuidados necessários, por negligência da mãe, podendo até ocorrer por esta estar a limpar a área do parto para esconder as evidências de que deu à luz. A gestante pode perder os sentidos ao dar à luz, e se o parto tiver lugar na sanita, o recém-nascido morre afogado devido ao estado de inconsciência em que se encontra a puérpera. Pela caracterização deste síndrome, o homicídio do nascituro ocorre por ser o resultado do pânico, do terror e da fúria sentidos no momento do parto³³⁹.

A recuperação desse estado é rápida, regressando a parturiente à sua vida normal, como se nada tivesse acontecido³⁴⁰. Assim foi o caso de 3 mulheres que se encontravam em negação da gravidez e mataram o nascituro após o parto – A, adolescente, estava a montar a cavalo quando sentiu as contracções do parto, deu à luz, e após esse momento voltou à actividade inicial -, B, de idade mais avançada mas desconhecida, fez uma pausa no trabalho, deu à luz, e voltou de seguida para as suas actividades laborais. C, o caso mais conhecido, a “*prom mom*”, Melissa Drexler, uma adolescente que teve o parto de um bebé de termo durante o seu baile de finalistas, regressando prontamente ao baile e a dançar como se nada tivesse ocorrido, e sem que alguém se apercebesse de que tinha dado à luz³⁴¹.

³³⁷ SPAIN, Julie, *op. cit.*, p. 170.

³³⁸ WILLIS, Amy, *op. cit.*, pp. 1011-1012.

³³⁹ SPAIN, Julie, *op. cit.*, p. 170.

³⁴⁰ LEE, ACW, CH, Li, KWONG, NS, SO, KT, *op. cit.*, p. 63.

³⁴¹ BOOKWALTER, Beth, “Throwing the bath water out with the baby: wrongful exclusion of expert testimony on neonaticide syndrome”, in *Boston University Law Reviw*, vol.78, 1998, p. 1192 (1185-1210).

A amnésia é uma consequência frequente do estado de dissociação sentido no parto³⁴². Acontece frequentemente que após dar à luz não se recordem do parto em si e da morte do nascituro³⁴³.

O recém-nascido, por vezes, não é percebido como um nascituro, mas antes como um objecto estranho que deve ser eliminado³⁴⁴. A falta de vinculação materno-fetal e o pânico de dar à luz, após 9 meses de uma gestação negada, podem explicar os comportamentos bizarros e insensíveis das parturientes ao dar à luz³⁴⁵.

No momento da morte do bebé pode acontecer que tenham a consciência daquilo que estão a fazer e essa noção prolonga-se após o parto, contudo, entendem que não fizeram nada de errado. Para D, 24 anos, acusada de infanticídio, o homicídio do nascituro era algo que tinha de ser feito e não via nada de errado nas suas acções. No momento do homicídio sentia-se desconectada daquilo que fazia, como se alguém praticasse essas acções por si. Recorda-se de ver muito sangue e o bebé, mas era como se estivesse sobre o controlo de uma outra força que não ela³⁴⁶.

Tendo em conta o estado de negação da gravidez em que se encontram, o parto nunca é premeditado, pois é sempre o resultado de um momento inesperado³⁴⁷.

O síndrome de neonaticídio não tem sido aceite pela Jurisprudência Americana, na qual é proposto. Foi invocado pela primeira vez no caso de Stephanie Wernick, uma aluna universitária que deu à luz sozinha na residência da faculdade onde estava a viver. Após o parto, enfiou papel na garganta do recém-nascido, que em consequência desse acto veio a falecer sufocado. Colocou o corpo do nascituro e as roupas ensanguentadas num saco do lixo e pediu a uma amiga para o mandar fora. No julgamento, foi alegado que sofria de negação da gravidez, e que sofreu de um episódio psicótico após o parto. A peritagem feita neste caso foi no sentido de que após o parto tinha capacidade para praticar um acto propositado, mas que devido a esse episódio psicótico não se

³⁴² AYRES, Susan, MANJUNATH, Prema, *op. cit.*, p. 217.

³⁴³ WILLIS, Amy, *op. cit.*, pp. 1001-1002.

³⁴⁴ SPAIN, Julie, *op. cit.*, p. 170.

³⁴⁵ WILLIS, Amy, *op. cit.*, p. 1012.

³⁴⁶ LUNDQUIST, Caroline, *op. cit.*, p. 144.

³⁴⁷ WILLIS, Amy, *op. cit.*, p. 1005.

encontrava capaz de apreciar a natureza e as consequências dos seus actos. Contudo, a defesa não vingou e foi acusada de homicídio em 1º e 2º grau³⁴⁸.

O “*Supreme Court*” não aceitou a alegação do síndrome de neonaticídio por considerar que a defesa falhou em provar que este é aceite na psicologia e na psiquiatria. Nesse sentido, o tribunal decidiu não permitir que a defesa criasse um síndrome que não tinha sido previamente testado num outro tribunal. Para tal, alegaram não permitir a criação de um perfil de mulheres que matam os filhos sobre um alegado síndrome e englobar a arguida nesse perfil, da mesma forma que não iriam permitir a criação de um perfil de *serial killer* aplicando-o à arguida³⁴⁹.

Os estudos efectuados nesta área vão no sentido da confirmação deste síndrome. Vários investigadores defendem que este deveria ser visto como um estado clínico, devido aos sintomas e às circunstâncias comumente observadas nas mulheres que matam os filhos após o nascimento dos mesmos³⁵⁰. Apesar de não ser reconhecido no DSM, é visto como algo semelhante ao “breve transtorno psicótico” e à “desordem de despersonalização”, encontrando-se ambos estes estados mentais no DSM, considerados por alguns autores como um subconjunto destes distúrbios³⁵¹.

³⁴⁸ *Ibid.*, p. 1014.

³⁴⁹ PEOPLE V. WERNICK, in LEAGLE, 1995, disponível em <https://www.leagle.com/decision/1995265215ad2d501257>.

³⁵⁰ WILLIS, Amy, *op. cit.*, p. 1029.

³⁵¹ *Ibid.*, pp. 1033-1034.

5. Perturbações pós-parto

O período do pós-parto é denominado de “puerpério”. É constituído por 3 fases: o puerpério imediato – desde o término do parto até ao 10º dia após o mesmo -, o puerpério mediato ou tardio – desde o 11º dia após o parto até ao 42º dia – e, o puerpério remoto –inicia no 43º dia³⁵² e termina quando a mulher retoma a sua função reprodutiva,³⁵³ em data aproximada às 8 semanas após o parto³⁵⁴. As definições do puerpério na literatura científica prendem-se com o tempo de recuperação da mãe face às alterações ocorridas na gravidez e no parto³⁵⁵. Este período pressupõe o tempo que o organismo feminino demora a recuperar biológica e psicologicamente do parto, implicando o reajustamento emocional³⁵⁶.

A causa biológica das perturbações que surgem no pós-parto ainda não foi apurada, contudo, a maioria dos cientistas, considera que se deve à queda abrupta de estrogénio e progesterona após dar à luz³⁵⁷ devido à perda da placenta, responsável pela produção das hormonas durante a gravidez³⁵⁸. Se existir na mulher uma predisposição para transtornos psicológicos, as alterações hormonais podem levar ao início ou à recorrência da doença³⁵⁹.

As perturbações do pós-parto não estão discriminadas na lista do DSM, apesar de lhes ser feita uma menção implícita no denominador “com início no pós-parto” referente a alterações de humor. Este especificador aplica-se a quatro possíveis diagnósticos: a

³⁵² TENÓRIO, Andréia, BRITO, Elke, SILVA, Thaís, PINTO, Patrícia, “Alterações psíquicas influenciadas pelo estado grávidico puerperal”, Governadores Valadares, Universidade do Vale do Rio Doce, 2010, disponível em, <http://srvwebbib.univale.br/pergamum/tcc/Alteracoespsiquicasinfluenciadaspeloestadogravidicopuerperal.pdf>.

³⁵³ ALMEIDA, Natália, ARRAIS, Alessandra, “O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto”, in *Psicologia: Ciência e Profissão*, Out./Dez., vol. 36, nº4, 2016, p. 849 (847-863).

³⁵⁴ VERÍSSIMO, Sónia, “Relações entre ansiedade-estado e ansiedade-traço, sintomas depressivos e sensibilidade ao stresse em puérperas”, Lisboa, Faculdade de Psicologia da Universidade Lusófona e Humanidades e Tecnologias de Lisboa, 2010, Dissertação de mestrado não publicada, p. 33.

³⁵⁵ ANTÓNIO, Emanuel, “Estudo da sintomatologia depressiva nos três primeiros meses pós-parto, em mulheres múltiparas de Benguela”, Porto, Departamento de Psicologia do Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, 2011, Dissertação de mestrado não publicada, p. 14.

³⁵⁶ VERÍSSIMO, Sónia, *op. cit.*, p. 33.

³⁵⁷ WALKER, April J., “Application of the insanity defense to postpartum disorder-driven infanticide in the United States: a look toward the enactment of an Infanticide Act”, in *U. Md. L.J. Race, Religion, Gender & Class*, vol. 6, 2006, p. 200 (197-222).

³⁵⁸ GARDNER, Christine Ann, “Postpartum depression defense: are mothers getting away with murder”, in *New England Law Review*, vol.24, 1990, p. 962 (953-989).

³⁵⁹ MARQUES, Mariana, *op. cit.*, p. 12.

episódios depressivos, episódios maníacos ou mistos, perturbações bipolares e, perturbações psicóticas breves, desde que tenham início nas 4 primeiras semanas após o parto³⁶⁰. Considera-se que este critério não oferece segurança suficiente no diagnóstico das perturbações pós-parto devido à sua arbitrariedade e falta de suporte empírico, na medida que, alguns distúrbios, como a depressão pós-parto, só surgem depois do 1º mês, e de acordo com o especificador deverão ter início imediatamente após o parto³⁶¹.

Assim, as perturbações psicológicas do pós-parto são vistas como perturbações do humor, com desequilíbrios psicóticos ou não psicóticos. Não sendo específicas do puerpério, a única especificidade é a de que o parto actua como o factor desencadeante³⁶².

5.1. *Maternity blues*

É também conhecido por “tristeza materna”, “*baby blues*”, e “melancolia pós-parto”. Caracteriza-se por uma tristeza súbita e instabilidade emocional. Ocorre frequentemente entre o 2º e o 5º dia após o parto, não durando mais do que o primeiro mês do pós-parto³⁶³. Extingue-se na maioria das vezes ao fim de 2 ou 3 dias, ou até mesmo de umas horas. Não é visto como uma perturbação psicopatológica, mas, antes, como uma perturbação do humor breve e moderada, marcada por um desequilíbrio emocional³⁶⁴. Oscila entre dois polos, o negativo e o positivo. No primeiro, a puérpera sente-se incapaz, triste e, melancólica, ao passo que no segundo, sente-se alegre e com uma sensação de bem-estar³⁶⁵.

³⁶⁰ HILDEBRANDT, Fernanda, “Depressão pós-parto: aspectos epidemiológicos e proposta de tratamento cognitivo-comportamental”, Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2013, Dissertação de pós-graduação não publicada, p. 5-6.

³⁶¹ MARQUES, Mariana, *op. cit.*, p. 17.

³⁶² FERREIRA, Ana Carolina, “Sintomas psicopatológicos e suporte social na gravidez e no pós-parto: um olhar sobre a parentalidade”, Covilhã, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior, 2013, Dissertação de mestrado não publicada, p. 13.

³⁶³ MORAES, Maria, CREPALDI, Maria Aparecida, “A clínica da depressão pós-parto”, in *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 19 (1-2), Jan/Dez, 2011, pp. 62-63 (61-67).

³⁶⁴ PINTO, Maria, “A solidão na gravidez: determinantes da solidão e seu impacto na ligação materno-fetal”, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, 2011, Trabalho de projecto não publicado, p. 20.

³⁶⁵ AMORIM, Sónia, “Tristeza pós-parto – importância do diagnóstico precoce”, Ponte Lima, Universidade Fernando Pessoa, 2010, Dissertação de licenciatura não publicada, p. 33.

Os sintomas mais frequentes são: disforia e labilidade de humor, choro, irritabilidade, insónias, ansiedade e perda de apetite³⁶⁶. Sentem-se incapazes de cuidar do filho recém-nascido e mostram falta de confiança nas actividades maternas³⁶⁷. O humor pode variar ao longo do dia³⁶⁸. Alterações ao nível da memória e no raciocínio, e preocupações excessivas com a saúde do recém-nascido e com a lactação, também poderão ser experienciadas pelas puérperas³⁶⁹. Queixam-se frequentemente de serem desprezadas e de uma sensação de esgotamento³⁷⁰.

A tristeza está relacionada com as tarefas levadas a cabo com o recém-nascido, pois são cansativas a nível físico e emocional, e de grande investimento, sem recompensa a curto prazo, pois o bebé interage pouco com a mãe nos primeiros dias de vida. Assim, nem todas as mães experienciam esses momentos como felizes, o que gera um sentimento de culpa devido ao que é expectável de uma mãe.

A puérpera sente saudades do período que antecedeu a gravidez e mesmo do período de gestação, tendo em conta que algumas das ocupações que tinha anteriormente pouco se relacionam com o período do pós-parto. As alterações corporais geram alguma angústia, pois após dar à luz o corpo não retoma o estado anterior à gravidez mas também não é o mesmo que nesse período, está apenas grande e disforme, visto já não carregar um bebé³⁷¹.

O que causa o distúrbio são as alterações hormonais decorrentes do facto de dar à luz, que se dão de forma abrupta no corpo da mulher. Devido a essas alterações o *blues* pós-parto é bastante frequente na maioria das puérperas³⁷². Apesar disso, tem sido apurado que mulheres com maior suporte social sentem menos os efeitos do “*baby blues*”³⁷³, sendo este um quadro de elevada probabilidade em mulheres ansiosas e neuróticas, e que tenham passado por problemas emocionais durante a gravidez³⁷⁴.

³⁶⁶ PINTO, Maria, *op. cit.*, p. 20.

³⁶⁷ TENÓRIO, Andréia, BRITO, Elke, SILVA, Thaís, PINTO, Patrícia, *op. cit.*.

³⁶⁸ MARQUES, Mariana, *op. cit.*, p. 19.

³⁶⁹ TENÓRIO, Andréia, BRITO, Elke, SILVA, Thaís, PINTO, Patrícia, *op. cit.*.

³⁷⁰ TAVARES, Lília, “Depressão e relacionamento conjugal durante a gravidez e o pós-parto”, in *Análise Psicológica*, 4, VIII, 1990, p. 390 (389-398).

³⁷¹ JULIEN, Maria, “Depressão pós-parto: um olhar psicanalítico”, São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2013, Dissertação de mestrado não publicada, p. 68.

³⁷² PINTO, Maria, *op. cit.*, pp. 19-20.

³⁷³ JULIEN, Maria, *op. cit.*, p. 68.

³⁷⁴ FERREIRA, Ana Carolina, *op. cit.*, p. 15.

Não apresenta riscos para a saúde da mãe ou do recém-nascido, contudo, se este estado psicológico não desaparecer após o tempo estimado, muito provavelmente irá evoluir para uma depressão pós-parto³⁷⁵, sendo aí relevante a presença de factores ambientais e sociais³⁷⁶.

Alguns autores consideram o *blues* pós-parto como algo normal e essencial na adaptação da puérpera ao nascimento do recém-nascido, pois alivia o stresse e a ansiedade³⁷⁷, e prepara para a apreensão e compreensão das necessidades do bebé³⁷⁸. É visto como uma reacção normal às alterações hormonais provocadas pelo parto³⁷⁹.

No DSM é reconhecida a diferença entre o “*maternity blues*” e as restantes perturbações que ocorrem no pós-parto³⁸⁰.

5.2. Depressão pós-parto

A depressão pós-parto desenvolve-se, regra geral, no 2º ou no 3º mês após o parto, podendo ter início nas semanas anteriores. É frequente na maioria das mulheres, com uma percentagem de incidência entre 10% e 15%. Dura aproximadamente entre 3 a 4 meses, podendo, no entanto, permanecer até ao 1º ou 2º ano de vida do respectivo filho³⁸¹, podendo até desenvolver-se apenas no 1º ano após o parto³⁸².

Caracteriza-se pelo desânimo da puérpera, falta de interesse pelo que a rodeia, diminuição da autoestima, humor deprimido, irritabilidade, choro frequente, agitação ou retardo psico-motor, diminuição das capacidades cognitivas, transtornos alimentares, perturbações no sono, sentimentos de desamparo e, pensamentos recorrentes de morte. A nível físico apresenta cefaleias, hemorragias, infecções, fissuras mamárias e,

³⁷⁵ MORAES, Maria, CREPALDI, Maria Aparecida, *op. cit.*, p. 63.

³⁷⁶ MAIA, Berta, “Perfeccionismo e depressão pós-parto”, Coimbra, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2011, Tese de doutoramento não publicada, p. 61.

³⁷⁷ AMORIM, Sónia, *op. cit.*, p. 34.

³⁷⁸ MORAES, Maria, CREPALDI, Maria Aparecida, *op. cit.*, p. 63.

³⁷⁹ MAIA, Berta, *op. cit.*, p. 61.

³⁸⁰ HILDEBRANDT, Fernanda, *op. cit.*, p. 6.

³⁸¹ PINTO, Maria, *op. cit.*, pp. 20-21.

³⁸² FERREIRA, Ana Carolina, *op. cit.*, p. 16.

dificuldades na lactação³⁸³. Sentem-se com falta de energia, desamparadas, desmotivadas e, com perda do desejo sexual pelo parceiro³⁸⁴.

As mulheres depressivas queixam-se de que o choro do bebé as irrita e inquieta, levando a sentimentos de vergonha e desespero por não conseguirem tratar do recém-nascido, e sentimentos de culpa pela falta de desejo na prestação de cuidados. Por vezes, preocupam-se excessivamente com a saúde do mesmo. Devido à angústia sentida em relação ao filho, e aos sentimentos de culpa, relegam, muitas vezes, os cuidados do nascituro para outras pessoas, de forma a evitar o contacto com o mesmo para minorar esse sofrimento³⁸⁵.

A intensidade da depressão pós-parto é variável, depende de cada caso concreto. Pode ser leve, transitória ou neurótica. A depressão mais intensa ocorre por um período mínimo de 15 dias³⁸⁶, contudo, mesmo nesses casos não é caracterizada por delírios ou alucinações³⁸⁷.

Apesar das semelhanças com o “*maternity blues*”, na depressão pós-parto a capacidade para desempenhar as funções maternas está mais diminuída, ao passo que naquele isso não acontece³⁸⁸.

A causa da depressão pós-parto é complexa, não havendo consenso em relação àquela que se considera ser a principal razão para a ocorrência deste fenómeno. A maioria dos autores considera que na sua base estão vários factores: biológicos, psicológicos e socioculturais³⁸⁹. Os factores de risco que têm sido apontados são: acontecimentos stressantes na vida da puérpera³⁹⁰, não planeamento da gravidez, nascimento prematuro, dificuldades na amamentação, dificuldades no parto, problemas de saúde do recém-nascido, dificuldades em voltar ao emprego, problemas

³⁸³ MORAES, Maria, CREPALDI, Maria Aparecida, *op. cit.*, p. 63.

³⁸⁴ ANTÓNIO, Emanuel, *op. cit.*, p. 21.

³⁸⁵ TAVARES, Lília, *op. cit.*, p. 390.

³⁸⁶ TENÓRIO, Andréia, BRITO, Elke, SILVA, Thaís, PINTO, Patrícia, *op. cit.*.

³⁸⁷ MARTINS, Rita, “A depressão materna do pós-parto: algumas compreensões e outros nevoeiros”, São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2006, Dissertação de mestrado não publicada, p. 38.

³⁸⁸ SANTOS, Katia Alexandra dos, TFOUNI, Leda Verdiani, “A construção da mulher-mãe-monstro: o infanticídio tornado espetáculo na mídia”, in *Revista NUPEM*, Campo Mourão, vol.8, nº15, jul./dez, 2016, p. 249 (243-261).

³⁸⁹ MARTINS, Rita, *op. cit.*, p. 39.

³⁹⁰ TAVARES, Lília, *op. cit.*, p. 395.

socioeconómicos, menor apoio conjugal³⁹¹, divórcio, presença de ansiedade e depressão na gravidez³⁹², características do bebé, como o sexo e o temperamento³⁹³, desemprego, morte de algum ente querido, uso frequente de drogas e álcool, aborto prévio³⁹⁴, ser mãe solteira e/ou com um elevado número de filhos, vítima de violência doméstica ou outros problemas conjugais, histórico de transtornos psiquiátricos na família, existência de transtorno depressivo ou de ansiedade anterior ou durante a gravidez e, gravidez em idade precoce³⁹⁵.

A saúde mental da mulher é afectada também pelas consequentes interrupções que vai tendo nos primeiros meses de vida do recém-nascido. A fase após o parto é um momento de reorganização física e psíquica do organismo, pelo que a privação do sono é susceptível de gerar na mulher um desequilíbrio devido à perda de bem-estar³⁹⁶.

A personalidade da puérpera também tem sido apontada como um factor a ter em conta no desenvolvimento da depressão pós-parto. Mulheres mais optimistas e confiantes têm menor tendência para desenvolver este transtorno, pois lidam com mais facilidade com os problemas que surgem, ao contrário de mulheres negativas³⁹⁷.

Por vezes, a depressão está associada à perda do bebé imaginário que foi criado durante a gravidez. A gestante desenvolve sentimentos em torno da imagem idealizada que tem do filho, mas quando o mesmo nasce e não tem correspondência com aquilo que imaginou, experiencia sentimentos negativos em relação ao bebé real. Quando durante a gravidez o nascituro é visto pelas mães como fazendo parte do próprio corpo, o nascimento será visto como uma amputação delas mesmas³⁹⁸. Assim, a depressão será mais intensa quando o bebé e o estilo de vida da mãe após o nascimento não correspondam ao que esta mãe idealizou³⁹⁹.

³⁹¹ COUTINHO, Maria, SARAIVA, Evelyn, “Depressão pós-parto: considerações teóricas”, in *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, UERJ, Rio de Janeiro, Ano 8, nº3, Setembro, 2008, p.763 (759-773).

³⁹² TAKAHASHI, Yuki, TAMAKOSHI, Koji, “Factors associated with early postpartum maternity blues and depression tendency among Japanese mothers with full-term healthy infants”, in *Nagoya J. Med. Sci.* 76, 2014, p. 130 (129-138).

³⁹³ FERREIRA, António, *op. cit.*, p. 50.

³⁹⁴ ALMEIDA, Natália, ARRAIS, Alessandra, *op. cit.*, pp. 850-854.

³⁹⁵ MORAES, Maria, CREPALDI, Maria Aparecida, *op. cit.*, p. 64.

³⁹⁶ HILDEBRANDT, Fernanda, *op. cit.*, p. 22.

³⁹⁷ SILVA, Fábio Maia e, “Determinantes da sintomatologia depressiva pós-natal: efeitos da saúde perinatal e sintomatologia depressiva pré-natal”, Porto, Universidade Portucalense, 2016, Dissertação de mestrado não publicada, p. 21.

³⁹⁸ MARTINS, Rita, *op. cit.*, p. 42

³⁹⁹ MORAES, Maria, CREPALDI, Maria Aparecida, *op. cit.*, p. 63.

Nas mulheres deprimidas há menor vinculação ao recém-nascido, estas concedem-lhes menos atenção e comunicam menos vezes e, por vezes, de forma negativa, não sorriem para ele e evitam tocar e estabelecer contacto visual⁴⁰⁰, revelam tendência para deixar de amamentar precocemente, têm dificuldades em lidar com as rotinas de sono do recém-nascido, com o choro e, com as exigências de atenção⁴⁰¹. Pode levar a comportamentos agressivos e pensamentos obsessivos em torno do recém-nascido, levando à negligência dos cuidados neonatais, como a amamentação, e a sentimentos negativos, culpa e desinteresse pelo bebé⁴⁰².

A sociedade de hoje é propícia ao desenvolvimento da depressão, factor esse que aumenta ainda mais nos casos de depressão pós-parto devido à alteração do papel da mulher. Actualmente algumas mulheres são mais isoladas, o que faz com que não tenham ajuda nos cuidados com o recém-nascido. A mulher dos dias de hoje é mãe cada vez mais tarde – entre os 25 e os 40 anos -, na casa dos 30 anos já tem a sua vida bem resolvida, mantendo um controlo total sobre a mesma, com a chegada de um bebé esse controlo perde-se, gerando um desequilíbrio emocional na puérpera⁴⁰³. A concepção que se faz do papel da maternidade também aumenta a propensão para a depressão pós-parto quando os sentimentos das puérperas não são os expectáveis, fazendo com que se sintam desapontadas, desiludidas, fracassadas, com vergonha e, mais frágeis⁴⁰⁴.

Alguns autores entendem que na depressão pós-parto algumas mulheres têm pensamentos infanticidas devido à falta de vinculação que têm com o recém-nascido, contudo, repugnam esses pensamentos e não actuam conforme a eles. Esses pensamentos consistem em, por exemplo, atirar o bebé contra o chão e vê-lo morrer, aquecê-lo no micro-ondas, ou afogá-lo. As puérperas com pensamentos suicidas pensam também em infanticídio, por considerarem o recém-nascido como sua responsabilidade e, por isso, não o poderiam deixar sozinho no mundo aquando a morte das mesmas. Consideram-se más mães, não achando justo para a criança nascer com uma mãe assim, mas, também, não entendem que seja justo que cresça sem mãe e, por isso, o infanticídio seguido de suicídio afigura-se-lhes a melhor opção. As puérperas com pensamentos infanticidas relatam uma raiva incontrolável, o que dificulta a expurgação

⁴⁰⁰ ANTÓNIO, Emanuel, *op. cit.*, p. 22.

⁴⁰¹ MAIA, Berta, *op. cit.*, p. 71.

⁴⁰² TENÓRIO, Andréia, BRITO, Elke, SILVA, Thaís, PINTO, Patrícia, *op. cit.*.

⁴⁰³ MARTINS, Rita, *op. cit.*, pp. 43-44.

⁴⁰⁴ ANTÓNIO, Emanuel, *op. cit.*, p. 19.

desses pensamentos. Contudo, a maioria encara esses sentimentos com vergonha e não se sentem capazes de os partilhar com a família e profissionais de saúde, com medo de que sejam consideradas como más mães e os filhos lhes sejam retirados⁴⁰⁵.

É entendido que a depressão no puerpério provoca sofrimento nas mulheres e afecta o seu funcionamento normal⁴⁰⁶. Se não tratada, tem como consequências precoces o suicídio, o infanticídio, a morte súbita do bebé, a depressão no companheiro e, o divórcio. As consequências tardias reflectem-se no recém-nascido, são elas, os maus-tratos infantis, atrasos no desenvolvimento cognitivo e na linguagem, perturbações no comportamento e, possíveis psicopatologias na idade adulta⁴⁰⁷.

Quando a depressão tenha início na gestação e não seja tratada, tende a aumentar no pós-parto se for uma depressão *minor*. Se já na gravidez for uma depressão *major* então mantém os quadros no pós-parto⁴⁰⁸. Para além de factores psicológicos, também um factor de origem biológica pode contribuir para que a depressão pré-natal evolua para uma depressão pós-parto, sendo ele a alteração hormonal que ocorre na mulher após dar à luz⁴⁰⁹.

A presença de depressão pós-parto faz aumentar o risco de incidência numa futura gravidez, que pode até ser mais severa, tendo em conta que a presença do filho da anterior gestação faz aumentar o stresse⁴¹⁰.

A depressão pós-parto quando não tratada pode evoluir para uma psicose puerperal. Os sintomas típicos da depressão, como, insónia, exaustão, agitação e, irritabilidade, facilmente evoluem para estados de confusão, irracionalidade, incoerência, delírios e, alucinações⁴¹¹.

⁴⁰⁵ BARR, Jennieffer A., BECK, Cheryl T., “Infanticide secrets – qualitative study on postpartum depression”, in *Canadian Family Physician - Le Médecin de famille canadien*, vol.54, Dezembro, 2008, pp. 1-3 (1-5).

⁴⁰⁶ FERREIRA, António Manuel dos santos, *op. cit.*, p. 39.

⁴⁰⁷ ANTÓNIO, Emanuel, *op. cit.*, p. 27.

⁴⁰⁸ MARQUES, Mariana, *op. cit.*, p. 35.

⁴⁰⁹ SILVA, Fábio Maia e, *op. cit.*, p. 19.

⁴¹⁰ GARDNER, Christine Ann, *op. cit.*, p. 964.

⁴¹¹ SCHROEDER, Tricia L., “Postpartum psychosis as a defense for murder”, in *Western State University Law Review*, 21, 1993, p. 271 (267-293).

5.3. Psicose puerperal

A psicose puerperal é a mais grave de todas as perturbações que podem surgir no pós-parto.

Pode-se desenvolver até à 4ª semana após o parto⁴¹². Não há conhecimento de casos cuja psicose se tivesse desenvolvido após esse período, nem antes do 3º dia.⁴¹³ O seu aparecimento é mais frequente nas 3 semanas seguintes ao parto, pelo que alguns autores chamam a atenção para a observação cuidadosa dessas 3 semanas de risco⁴¹⁴. É também uma alteração de humor, mas de ordem psicótica⁴¹⁵.

O DSM caracteriza-a como um transtorno psicótico breve⁴¹⁶.

Na psicose puerperal há um repúdio total da mãe face ao bebé, e uma apatia em relação ao mesmo. Caracteriza-se pela perda de consciência da realidade, o que leva a delírios e alucinações⁴¹⁷, que podem ou não estar ligadas com o recém-nascido⁴¹⁸. As mulheres mostram-se incapazes de reconhecer a diferença entre o que é real e o que não é⁴¹⁹, ficam confusas em relação ao que são pesadelos e ao que pertence à realidade⁴²⁰, podendo, no entanto, alternar entre a consciência da mesma e a falta dela⁴²¹. Apresentam uma flutuação rápida entre estados de euforia e estados depressivos, podendo encontrar-se tanto num estado considerado normal como num estado alterado, o que confunde não só familiares, mas também profissionais de saúde⁴²².

Também aqui se sentem inseguras quanto ao desempenho do papel de mãe, e autocensuram-se por se considerarem inúteis e imprestáveis.

⁴¹² FERREIRA, António Manuel dos santos, *op. cit.*, p. 42.

⁴¹³ FERREIRA, Ana Carolina, *op. cit.*, p. 20.

⁴¹⁴ BOYCE, Philip, BARRIBALL, Erin, “Puerperal psychosis”, in *Arch Womens Ment Health*, 13, 2010, p. 46 (45-47).

⁴¹⁵ TENÓRIO, Andréia, BRITO, Elke, SILVA, Thaís, PINTO, Patrícia, *op. cit.*.

⁴¹⁶ SCALCO, LM, SCALCO, MGS, CARVALCANTE, BB, SILVA, CHS, “Psicose puerperal: relato de caso”, in *Revista de Medicina e Saúde Brasília*, 2013, p. 84 (84-89).

⁴¹⁷ MORAES, Maria, CREPALDI, Maria Aparecida, *op. cit.*, p. 63.

⁴¹⁸ SANTOS, Katia Alexandra dos, TFOUNI, Leda Verdiani, *op. cit.*, p. 250.

⁴¹⁹ WALKER, April J., *op. cit.*, p. 200.

⁴²⁰ SCHROEDER, Tricia L., *op. cit.*, p. 271.

⁴²¹ MARQUES, Mariana, *op. cit.*, p. 21.

⁴²² FERREIRA, António Manuel dos santos, *op. cit.*, p. 41.

Para além desse afastamento em relação ao recém-nascido, ficam ausentes de si mesmas, e não cuidam da aparência, descurando muitas vezes a higiene pessoal⁴²³.

Outros sintomas típicos são: confusão mental, agitação psicomotora, angústia e insónia. Esses sintomas podem evoluir para estados maníacos, melancólicos ou catatónicos⁴²⁴.

Os delírios e alucinações são do tipo paranoide e podem ser dirigidos em relação a si próprias - acreditam que alguém as vem roubar, matar, ou envenenar – ou em relação ao recém-nascido - ouvem vozes que lhes dizem para matar o bebé, que o mesmo está possuído pelo demónio, ou simplesmente que pode vir a morrer⁴²⁵. Percepcionam o recém-nascido como o seu inimigo, e sentem-se aterrorizadas e ameaçadas por ele, o que leva à rejeição. O desejo de matar os filhos é, por vezes, uma forma de eliminar um objecto que as aterroriza, que é fruto da sua dor e terror que atormenta e afecta o ego materno.

Pode acontecer que negligenciem por completo o recém-nascido, por negarem a sua existência, passando este a ser tido como um elemento vazio no psiquismo da puérpera, sendo um fenómeno à parte da sua própria realidade⁴²⁶. Não associam o recém-nascido àquela ideia fantasmática sobre a qual investiram durante a gravidez, pois ele não encaixa nessa fantasia e, por isso, é visto como um objecto estranho, por vezes agressivo e persecutório⁴²⁷.

A causa mais frequente para o surgimento da psicose puerperal é biológica, à semelhança do que acontece com o “*marternity blues*” devido à queda de estrogénio e progesterona após o parto e à vulnerabilidade psicopatológica da puérpera, que aumenta se existir um histórico de perturbações psicopatológicas⁴²⁸. Apesar de se poder desenvolver em mulheres sem qualquer distúrbio mental é comum em mulheres que sofram de distúrbio de bipolaridade⁴²⁹, outros distúrbios esquizoafectivos e,

⁴²³ MARTINS, Rita, *op. cit.*, p. 37.

⁴²⁴ PINTO, Maria, *op. cit.*, p. 21.

⁴²⁵ MARTINS, Rita, *op. cit.*, p. 37.

⁴²⁶ TENÓRIO, Andréia, BRITO, Elke, SILVA, Thaís, PINTO, Patrícia, *op. cit.*.

⁴²⁷ CURI, Paula Land, “Psicose puerperal: vicissitude de um amor”, in *IV Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental - O Amor & Seus Transtornos*, 2010, p. 11 (1-12).

⁴²⁸ FERREIRA, Ana Carolina, *op. cit.*, p. 21.

⁴²⁹ FRIEDMAN, Susan Hatters, SORRENTINO, Renée, “Commentary: postpartum psychosis, infanticide, and insanity – implications for forensic psychiatry”, in *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, vol. 40, nº3, 2012, p. 326 (326-332).

esquizofrenia⁴³⁰. O histórico pessoal e familiar de doença bipolar e de psicose puerperal também constituem factores de risco da psicose puerperal⁴³¹. É também muito comum em mulheres que sofrem de violência doméstica e que tenham sofrido de abusos na infância, com histórico de abandono e, abuso de drogas e álcool⁴³².

Os efeitos psicossociais do nascimento de um filho estão associados à depressão pós-parto e não à psicose puerperal, por isso considera-se frequentemente, que o seu aparecimento está em estreita conexão com factores biológicos, sobretudo devido às alterações hormonais do pós-parto⁴³³.

O infanticídio nos casos de psicose puerperal é muitas vezes um caso de “suicídio extensivo”. Este caracteriza-se pela morte de membros da família para os salvar de uma vida de sofrimento⁴³⁴. Muitas vezes matam o recém-nascido por acreditar que é defeituoso, está a morrer, é um Deus⁴³⁵, está possuído, porque uma entidade superior – Deus ou Satanás – as ordenou a tal, ou porque será a única forma de salvação da criança ou do Mundo. O afogamento, sufocamento e, o uso de armas de fogo são os meios de infanticídio mais utilizados nestes casos⁴³⁶.

Quando tratada, a recuperação é rápida, contudo, há sempre o risco de vir a desenvolver uma psicose puerperal numa futura gravidez ou mesmo numa outra fase da vida⁴³⁷.

⁴³⁰ MADEIRA, Nuno, SANTOS, Tiago, RELVAS, João, ABREU, José, OLIVEIRA, Cristina, “Eletroconvulsoterapia no tratamento da psicose puerperal”, in *J Bras Psiquiatr.*, 61, 1, 2012, p. 46 (45-48).

⁴³¹ MARQUES, Mariana, *op. cit.*, p. 22.

⁴³² NAU, Melissa, MCNIEL, Dale, BINDER, Renée, “Postpartum psychosis and the courts”, in *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, vol. 40, nº3, 2012, p. 319 (318-325).

⁴³³ BOYCE, Philip, BARRIBALL, Erin, *op. cit.*, p. 46.

⁴³⁴ FERGUSON, Christopher, MILLER-STRATON, Heather, HEINRICH, Emily, FRITZ, Stacey, SMITH, Shawn, “Judgments of culpability in a filicide scenario”, in *International Journal of Law and psychiatry*, 31, 2008, pp. 42-43 (41-50).

⁴³⁵ CANTILINO, Amaury, ZAMBALDI, Carla, SOUGEY, Everton, JR., Joel, “Transtornos psiquiátricos no pós-parto”, in *Rev Psiq Clín.*, 37, 6, 2010, p. 290 (288-294).

⁴³⁶ FISHER, Kimberley, “To save her children’s souls: theoretical perspectives on Andrea Yates and postpartum-related infanticide”, in *Thomas Jefferson Law Review*, vol. 25, 2003, p. 603 (599-634).

⁴³⁷ MARQUES, Mariana, *op. cit.*, p. 22.

5.4. Ansiedade pós-parto

Apesar de muito confundida com a depressão puerperal, os transtornos ansiosos no pós-parto são bastante comuns. Algumas mulheres são diagnosticadas com uma depressão pós-parto apesar de não se sentirem deprimidas⁴³⁸.

A ansiedade está relacionada com eventos da vida stressantes e com a vulnerabilidade individual da mulher⁴³⁹. É susceptível de se manifestar nos casos em que o recém-nascido apresenta malformações, variando a intensidade consoante o tipo de malformação em causa, sendo maior nos casos em que é visível⁴⁴⁰.

Níveis de ansiedade mais elevados afectam o vínculo entre a mãe e o filho recém-nascido⁴⁴¹.

Após o nascimento do filho é normal que as puérperas se sintam ansiosas, contudo, níveis mais elevados de ansiedade são um alerta para algum transtorno ansioso nesta fase, podendo causar sofrimento e déficits funcionais⁴⁴². As preocupações com o recém-nascido durante os primeiros dias de vida são vistas como normais e necessárias, contudo, se nas 6 semanas que se seguem ao parto a mulher ainda continuar, por exemplo, a verificar 10 vezes por noite se o bebé está a respirar, se não viaja de carro com medo de que haja um acidente, ou se não sai de casa sem companhia, então já se estará perante um problema de ansiedade⁴⁴³.

A ansiedade afecta o desempenho das funções maternas, na medida que devido ao estado de agitação sentido, as mulheres tendem a não cumprir adequadamente as suas funções. Assim, é comum que o recém-nascido se encontre a dormir, e estas o acordem por considerar que o ritmo cardíaco está demasiado lento. O que acontece, na realidade, é que é a própria agitação da mulher que a impede de perceber correctamente o

⁴³⁸ BIRNDORF, Catherine, “Why no one talks about postpartum anxiety”, in *GOOP*, disponível em <https://goop.com/work/parenthood/why-no-one-talks-about-postpartum-anxiety/>.

⁴³⁹ WENZEL, A., HAUGEN, E.N., JACKSON, L.C., ROBINSON, K., “Prevalence of generalized anxiety at eight weeks postpartum”, in *Arch Womens Ment Health*, 6, 2003, p. 43 (43-49).

⁴⁴⁰ PEROSA, G.B e cols, “Ansiedade e depressão de mães de recém-nascidos com malformações visíveis”, in *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, vol. 24, nº1, 2008, p. 29 (29-36).

⁴⁴¹ FAISAL-CURY, A., MENEZES, PR, “Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco”, in *Rev Bras Ginecol Obstet.*, 28, 3, 2006, p. 172 (171-178).

⁴⁴² SILVA, Mônica, *op. cit.*, p. 55.

⁴⁴³ MATTHEY, Stephen, BARNETT, Bryanne, HOWIE, Pauline, KAVANAGH, David, “Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety?”, in *Journal of Affective Disorders*, 74, 2003, p. 145 (139-147).

ritmo cardíaco do bebé e alguns sinais que ele emite, sendo interpretados de uma forma mais exagerada e preocupada⁴⁴⁴.

É frequente que os transtornos de ansiedade coexistam com a depressão pós-parto⁴⁴⁵, ou que evolua para esta se não forem tratados⁴⁴⁶.

Os transtornos de ansiedade susceptíveis de ocorrer no período pós-parto são: transtorno do pânico, transtorno da ansiedade social, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de stresse pós-traumático e, transtorno de ansiedade generalizada.

5.4.1. Transtorno do pânico ou “agorafobia”

Caracteriza-se pela elevada ocorrência de ataques de pânico, devido a uma sensação de medo.

Os sintomas físicos são: dor torácica, dispneia, tremores, sensação de desmaio iminente, tonturas e, náuseas.

Os indivíduos que sofrem deste transtorno sentem medo de perder o controle sobre si mesmos ou de morrer. Devido aos ataques de pânico tendem a evitar estar sozinhos na rua, no meio de multidões, em automóveis, autocarros, aviões, pontes ou elevadores.

Este transtorno não tem sido estudado no pós-parto, contudo, é bastante frequente a ocorrência de ataques de pânico no período puerperal, quando sofram desse transtorno antes ou durante a fase de gestação⁴⁴⁷. Acredita-se que estão ligados ao medo que a mãe sente de sair de casa e de que ela própria ou um terceiro cause danos ao recém-nascido⁴⁴⁸.

⁴⁴⁴ IACONELLI, Vera, “Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna”, in *Revista de Pediatria Moderna*, vol. 41, nº4, Julho-Agosto, 2005, p. 4 (1-6).

⁴⁴⁵ SCRANDIS, Debra, SHEIKH, Tehmina, NIAZI, Robina, TONELLI, Leonardo, POSTOLACHE, Teodor, “Depression after delivery: risk factors, diagnostic and therapeutic considerations”, in *The Scientific World Journal*, 7, 2007, p. 1672 (1670-1680).

⁴⁴⁶ MATTHEY, Stephen, BARNETT, Bryanne, HOWIE, Pauline, KAVANAGH, David, *op. cit.*, p. 144.

⁴⁴⁷ SILVA, Mônica, *op. cit.*, p. 57.

⁴⁴⁸ MATTHEY, Stephen, BARNETT, Bryanne, HOWIE, Pauline, KAVANAGH, David, *op. cit.*, p. 140.

5.4.2. Transtorno de ansiedade social

Caracteriza-se pelo medo acentuado e recorrente de situações sociais que possam levar a que o indivíduo se sinta com vergonha. Assim, quando expostos socialmente, os níveis de ansiedade aumentam, gerando ataques de pânico.

Apesar de saberem que esse medo é exagerado, este transtorno acaba por afectar a vida social do indivíduo e a sua rotina diária, pois tendem a evitar determinadas situações sociais⁴⁴⁹.

5.4.3. Transtorno obsessivo-compulsivo

Consiste este transtorno na obsessão em relação a pensamentos, ideias, imagens, dúvidas, ou impulsos persistentes, que são vistos como inadequados e intrusivos. As compulsões são comportamentos repetitivos ou actos mentais com o objectivo de prevenir ou diminuir o estado de ansiedade.

Essas obsessões e compulsões causam sofrimento à pessoa que padece desse transtorno, que se sente muitas vezes compelida a executar esse comportamento de compulsão para evitar a ocorrência de algo por si temido.

O pós-parto é um período especialmente propício ao desenvolvimento desse transtorno, ou para o agravamento dos sintomas. Assim, quando se manifesta durante este período, a mulher tem pensamentos obsessivos em causar danos ao bebé, como atirá-lo pela varanda, queimá-lo no forno⁴⁵⁰, atirar água a ferver no rosto, atirá-lo contra a parede, ou vê-lo a morrer sufocado no berço, devido a picadas de insectos ou outro acidente⁴⁵¹. Essa obsessão leva a um estado de ansiedade generalizada e prejudica a relação entre a mãe o filho, pois estas evitam a convivência entre ambos com medo de vir a actuar de acordo com esses pensamentos.

⁴⁴⁹ SILVA, Mônica, *op. cit.*, p. 58.

⁴⁵⁰ *Ibid.*, pp. 58-61.

⁴⁵¹ CANTILINO, Amaury, ZAMBALDI, Carla, SOUGEY, Everton, JR., Joel, *op. cit.*, p. 291.

Não tem sido estudada a causa para o aparecimento deste transtorno, mas entende-se que o mesmo está relacionado com o acontecimento de eventos stressantes na vida da mulher, especialmente durante a gestação e o pós-parto.

Apesar de se caracterizar por pensamentos dirigidos a causar danos ao bebé, distingue-se da psicose puerperal, pois esta é marcada por alucinações e delírios que não ocorrem no transtorno obsessivo-compulsivo. Esses pensamentos são encarados com repulsa, sem sentido e indesejados. A puérpera teme deixar-se levar por esses pensamentos e, por isso, evita a sua ocorrência, ao contrário da psicose puerperal⁴⁵².

5.4.4. Transtorno de stresse pós-traumático

É marcado por elevados níveis de ansiedade, devido à ocorrência de um evento visto como traumático. Esse evento envolve uma morte ou a ameaça de morte, ferimento grave, ou ameaça à integridade física. Como resposta a essa situação surge o medo intenso, e um sentimento de impotência e de horror.

Quem sofre deste transtorno experiencia visões persistentes dessa situação traumática, excitação aumentada, e evita os estímulos que estejam relacionados com o trauma.

Esses sintomas duram aproximadamente pouco mais de 1 mês e causam sofrimento. No pós-parto tendem a manifestar-se na 6ª semana, vindo a diminuir ao longo dos 5 meses que se lhe seguem.

Os eventos que têm sido associados com o puerpério susceptíveis de desencadear o transtorno de stresse pós-traumático são: nascimento de um feto morto ou a morte do recém-nascido, sofrimento fetal devido ao parto por cesariana, anomalias congénitas no recém-nascido, fracturas no crânio, separação do recém-nascido devido à necessidade de este ficar internado na unidade de cuidados intensivos, experiência humilhante do parto, cuidados médicos inadequados, dores excessivas durante o parto e, hemorragias graves.

⁴⁵² SILVA, Mônica, *op. cit.*, pp. 58-61.

Também têm sido apontados como estando na base deste transtorno alguns eventos traumáticos que tenham ocorrido durante o período de gestação⁴⁵³.

5.4.5. Transtorno de ansiedade generalizada

Caracteriza-se por uma ansiedade persistente, ou preocupações excessivas, por um período mínimo de 6 meses. Essas preocupações dirigem-se a eventos e actividades da vida do indivíduo.

Os sintomas são: fadiga, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular e, perturbações do sono. Causam sofrimento significativo e interferências no funcionamento social e ocupacional.

O período puerperal é marcado por um elevado stresse psicossocial, devido às mudanças de papel na vida da mulher, às preocupações com o nascituro e, com a condição financeira, o que faz aumentar os níveis de ansiedade. As puérperas que sofrem deste transtorno têm dificuldade em abstrair-se dessas preocupações, e em controlar a ansiedade, ao passo que mulheres que não padecem deste transtorno conseguem lidar de forma razoável com essas alterações⁴⁵⁴.

⁴⁵³ *Ibid.*, pp. 61-63.

⁴⁵⁴ *Ibid.*, pp. 63-64.

5.5. O caso de Andrea Yates

Quando falamos em perturbações pós-parto e infanticídio é difícil deixar de mencionar o caso mais mediático de todos os tempos, o de Andrea Yates, a mulher que afogou os seus 5 filhos na banheira, em Junho de 2001.

Em Fevereiro de 1999, Andrea deu à luz o seu 4º filho, e em Junho desse mesmo ano sofreu de depressão e tentou suicidar-se. Após uma outra tentativa de suicídio, Andrea frequentou consultas de psiquiatria com a Dr.^a Eileen Starbranch que a reencaminhou para um hospital psiquiátrico, onde confessou que desde o nascimento do seu primeiro filho ouvia vozes e tinha visões. Antes de receber autorização para abandonar os tratamentos no hospital psiquiátrico, a psiquiatra alertou Andrea e o marido, Russel Yates, de que não seria aconselhável que Andrea tivesse mais filhos, pois poderia voltar a sofrer de um episódio psicótico. Após sair do hospital as consultas de psiquiatria deixaram de ser frequentes. Antes do homicídio das crianças, a última consulta com a Dr.^a Starbranch foi em 2000, na qual Andrea confessou que tinha deixado de tomar a medicação em 1999.

Em Novembro de 2000 deu-se o nascimento do último filho. Em Março de 2001 o pai de Andrea faleceu, e esta começou a apresentar comportamentos disfuncionais, e a desenvolver novamente uma depressão. Assim, poucos dias depois, Russel contactou com a Dr.^a Eileen Starbranch que instruiu que Andrea fosse vista imediatamente por ela, contudo, Russel alegou que não a podia levar até à psiquiatra e, por isso, Andrea foi encaminhada para outro hospital. Neste hospital foi tratada pelo Dr. Mohammed Saeed, que observou que Andrea se encontrava em estado catatónico e delirante. Em Abril foi autorizada a abandonar o tratamento do hospital, a pedido da família Yates, mas mantendo o tratamento em casa. Foi aconselhado que Andrea não ficasse sozinha com os filhos, contudo, Russel não considerou que tal não fosse seguro e por isso pediu à sua mãe para que visitasse diariamente Andrea, quando não estivesse em casa. A mãe de Russel descreveu Andrea num estado catatónico, errático e sem resposta.

Um mês antes dos homicídios, Andrea encheu uma banheira com água e quando questionada, disse que talvez pudesse vir a precisar.

Em Maio retornou ao hospital psiquiátrico sobre uma nova medicação, sendo libertada poucos dias depois com a indicação de que se encontrava apta para cuidar dos filhos mas com algumas precauções. Em Junho abandonou a nova medicação prescrita e foram reajustadas as dosagens da anterior medicação. Negou a presença de qualquer sintoma psicótico e pensamentos suicidas⁴⁵⁵.

A 20 de Junho, entre o tempo em que Russel saiu para o emprego e Andrea esperava a chegada da mãe do marido, afogou os 4 filhos mais novos na banheira e, quando já mortos deitou-os na cama enrolados em lençóis. O filho mais velho do casal assistiu ao afogamento do bebé, fugindo de seguida, contudo, Andrea conseguiu alcançá-lo e agarrá-lo para o levar para a casa-de-banho, apesar das tentativas de fuga do mesmo, afogando-o e deixando-o na banheira. De seguida, ligou para Russel e para a polícia⁴⁵⁶.

A casa da família Yates foi descrita pela polícia como muito suja, onde não se poderia encontrar um copo limpo. A família de Andrea relatou que nos dias anteriores aos homicídios esta se encontrava num estado apático e que não alimentava correctamente os filhos⁴⁵⁷. Contudo, alguns dias após o acontecimento, a família e alguns vizinhos descreveram-na como uma mãe carinhosa⁴⁵⁸.

Dias mais tarde, Andrea confessou à polícia que planeava a morte dos filhos há já algum tempo, pois tinha chegado à conclusão de que era uma má mãe e que as crianças estavam irremediavelmente danificadas⁴⁵⁹, e que essa seria a única alternativa para as salvar e combater ela própria Satanás⁴⁶⁰.

Russel relatou que após o nascimento do 5º filho do casal, Andrea estava num estado mental de deterioração e robótico, passando a dormir e comer pouco, ao ponto de não ser capaz de amamentar, o que aumentou ainda mais o estado de ansiedade do qual padecia. Tinha o hábito de arranhar as pernas e os braços até deixar marcas, e o couro cabeludo até aparecerem pontos calvos na cabeça. Era vista por outras pessoas como

⁴⁵⁵ WALKER, April J., *op. cit.*, pp. 207-209.

⁴⁵⁶ BANGS, Elizabeth T., "Disgust and the Drownings in Texas: The Law Must Tackle Emotion when Women Kill Their Children", in *UCLA Women's Law Journal*, vol. 12, 2001, p. 94 (87-108).

⁴⁵⁷ *Ibid.*, pp. 93-94.

⁴⁵⁸ *Ibid.*, p. 89.

⁴⁵⁹ *Ibid.*, p. 94.

⁴⁶⁰ FISHER, Kimberley, *op. cit.*, p. 599.

calma, mas nervosa, contudo, para Andrea esse seu estado eram apenas tentativas de não magoar alguém⁴⁶¹.

No julgamento de Andrea foram chamados 10 psiquiatras e 2 psicólogos para avaliar e testemunhar sobre o seu estado mental, apesar de nem todos a terem acompanhado durante o tratamento. Quatro psiquiatras testemunharam que no momento das mortes Andrea não estava capaz de distinguir o bem do mal e por isso não conseguia reconhecer que o que fez era errado, ou que devido ao seu estado acreditava que o que estava a fazer era correcto. A Dr.^a Melissa Ferguson, não testemunhou no sentido de que Andrea se encontrava capaz de reconhecer o bem do mal, mas alegou que esta lhe confessou que o afogamento das crianças era a melhor opção a ser tomada. Para Dr. Park Dietz, que não tratou Andrea, esta estava capaz de distinguir o bem do mal e sabia que o que estava a fazer era errado, pois alegava que tinha sido o diabo a dizer-lhe para o fazer⁴⁶².

Andrea foi condenada por homicídio em 1º grau – “*capital murder*” -, contudo, em recurso foi julgada como inimputável. No primeiro julgamento o júri considerou que o facto de ter sido a mesma a chamar a polícia comprovava que estava em plena posse das suas faculdades mentais e, por isso, capaz de distinguir o bem do mal⁴⁶³, bem como o facto de afirmar que sabia que o que estava a fazer era legalmente errado, mas apesar disso constituía a única escolha moralmente aceitável⁴⁶⁴.

Após ser condenada continuou com delírios e alucinações derivados da psicose puerperal. Chegada ao estabelecimento prisional onde iria cumprir a pena, pediu ao psiquiatra residente para que lhe rapassem a cabeça, de forma a que pudesse ver o número “666” gravado na cabeça, pois ela era Satanás, e afirmou que a morte dos seus filhos tinha sido a única forma de os salvar, tendo sido o seu castigo e não o deles. Pediu para que o Presidente George W. Bush a mandasse executar como um exorcismo sancionado pelo Estado para libertá-la de Satanás. Apesar de ser tratada para a psicose, continuou com alucinações na prisão, imaginando, por vezes, cavalos nas paredes⁴⁶⁵.

⁴⁶¹ *Ibid.*, p. 606.

⁴⁶² WALKER, April J., *op. cit.*, pp. 209-210.

⁴⁶³ NAU, Melissa, BENDER, Eric, STREET, Judith, *op. cit.*, p. 321.

⁴⁶⁴ FISHER, Kimberley, *op. cit.*, p. 613.

⁴⁶⁵ *Ibid.*, p. 607.

6. Análise de Jurisprudência Portuguesa

Feita a análise das perturbações que acometem a gestação e o pós-parto, cabe analisar de que forma as mesmas têm expressão criminal em Portugal, e como decidem os Tribunais Portugueses. Para tal, procedeu-se a uma análise de acórdãos do Tribunal da Relação e do Supremo Tribunal de Justiça.

A maioria dos crimes de infanticídio ocorre sobre a forma de acção, apesar de alguns casos serem, alegadamente, o resultado da não prestação de cuidados ao nascituro aquando o parto. Na maioria dos casos, o homicídio em forma de acção do nascituro dá-se através de estrangulamento com as mãos ou outro objecto, ou por asfixia, colocando o mesmo dentro de sacos de plástico, sendo que numa dessas formas de homicídio, ou noutra – bater com a cabeça do bebé no chão ou esfaqueá-lo -, as puérperas colocam o corpo do recém-nascido em sacos de plástico guardando-o em algum lugar – por baixo da cama, em armários, ou em cacifos no local de trabalho.

Não existe um estereótipo quanto às mulheres que praticam este crime, contudo, são comuns alguns padrões. Podemos estar perante uma mulher solteira e sem filhos, a residir ainda com os pais, de baixa escolaridade, com uma situação profissional instável, sendo a gravidez oriunda de um relacionamento ocasional – por vezes até com um homem casado -, que tenciona ocultar a gravidez da família devido ao medo de reprovação por parte da mesma. Ou poderemos estar perante uma mulher casada e com filhos, com formação profissional estável e formação académica ao nível do ensino superior. São agentes sem antecedentes criminais, sendo, portanto, primárias. Apesar de estes serem os grupos mais frequentes, há casos que não se enquadram nestes estereótipos, apresentando uma mistura destas características: mulheres com relacionamentos e uma situação profissional estável, apesar de não terem filhos e, mulheres solteiras, mas com filhos, que vivem ainda em casa dos pais, sendo a gravidez fruto de um relacionamento ocasional.

Durante o período de gestação não revelam às pessoas mais próximas a gravidez. No entanto, existem, por vezes, alguns testemunhos de familiares ou amigos que relatam ter tido conhecimento da mesma. Contudo, nesses casos, é frequente que a mulher negue a umas pessoas e a outras não, ou até à mesma pessoa.

Não têm por hábito frequentar consultas médicas. O Tribunal considera, frequentemente, estar-se perante uma ocultação deliberada da gravidez, através do uso de roupas largas.

Quando algum familiar, amigo ou colega de trabalho questiona a gestante sobre o seu estado gravídico, as justificações mais invocadas são a presença de um tumor, problema da tiroide, ou bolsas de água nessa zona, que fazem aumentar o ventre. O parto ocorre frequentemente em casa ou no local de trabalho.

Os Tribunais de 1ª instância consideram frequentemente estar-se perante a prática de um crime de homicídio qualificado, pelo que o mesmo é-lhes imputado, nos termos do artigo 132ª, pelas alíneas a), c), e, j) do CP, bem como a aplicação do crime de profanação de cadáver, pelo artigo 254º. Contudo, na maioria dos casos que sobem a recurso para o Tribunal da Relação ou para o Supremo Tribunal de Justiça, estes, na maioria das vezes, absolvem a arguida da prática do crime de homicídio qualificado, imputando-lhes a prática do homicídio simples do artigo 131º.

A maioria dos Tribunais de 1ª instância, aquando a análise da matéria de facto vem a considerar que a gestante ocultou a gravidez de forma consciente e que formulou a sua decisão de matar no momento em que teve conhecimento da mesma, não tendo em consideração outros desfechos para a vida do nascituro e, nesse sentido, aplicam-lhes o artigo 132º/1/2 j). Entendem que a acção de matar foi efectuada de forma deliberada, livre e consciente. Contudo, os Tribunais Superiores, são na sua maioria os Tribunais que não condenam a arguida nos termos da alínea j) por considerarem que da matéria de facto não ficou provado que a sua intenção de matar tenha persistido por mais de 24 horas. Afastam também a alínea a), que assenta no parentesco, por considerarem que a mesma não funciona de forma automática e deverá estar ligada a contra motivações éticas assentes nesse grau de parentesco, e que nestes casos apresentam pouca força, pois não foram criados laços de parentesco entre a parturiente e o recém-nascido, tendo em conta que esta procurou negar a gravidez durante todo esse período e, portanto, recusou sempre esse parentesco que a unia ao feto. Assim, entendem não ter aplicação esta alínea por não se terem formado ainda, em termos psicoafectivos, os laços de parentesco. Afastam também a alínea c), por a idade ser o factor intrínseco que leva à prática do crime, e não por esse factor ser um elemento facilitador da prática do crime,

pois não tirou partido da fragilidade do recém-nascido, matando-o por nunca ter aceite essa gravidez.

Ao afastar o artigo 132º/2 afastam também a especial censurabilidade e perversidade do agente, pelo que culminam na aplicação à arguida do artigo 131º - homicídio simples. Quando da matéria de facto resulte que a arguida padecia à data dos factos ou do julgamento de alguma perturbação, têm a mesma em consideração em sede de atenuação da pena, ou para afastamento do tipo legal do artigo 132º, por considerarem que tais perturbações são contraditórias com a especial censurabilidade e perversidade que é exigida pela norma.

Apesar de, em alguns acórdãos, os Tribunais reconhecerem que os laços de parentesco não se formam de forma automática, nalguns casos fundamentam a pena tendo em conta o especial dever de defesa que sobre a parturiente impendia, relativamente ao nascituro, por entenderem ser uma das acções mais desvaliosas que atentam contra o bem jurídico “vida”⁴⁶⁶.

A aplicação do crime de infanticídio – quando invocada e apreciada pelos Tribunais - é, regra geral, afastada, por considerarem que a conduta não preenche o segundo pressuposto da norma – “sobre a influência perturbadora do parto” – pois não fica provado que a arguida agiu motivada por um descontrolo emocional decorrente do efeito de dar à luz que lhe retirasse a capacidade de avaliação dos seus actos. Contudo, na maioria dos casos que chegam aos Tribunais, estes não equacionam sequer a aplicação do tipo legal⁴⁶⁷.

Apesar de alguns acórdãos admitirem estar-se perante uma negação da gravidez⁴⁶⁸, não investigam nesse âmbito, considerando-o, na maioria das vezes, como um mecanismo consciente, ainda que os peritos considerem que no caso em apreço se tratava de um mecanismo inconsciente, bem como nos casos em que a matéria de facto

⁴⁶⁶ Neste sentido, Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 11 de Outubro de 2012 (processo nº 288/09.1GBMTJ.L2.S1), relatado pelo Conselheiro Manuel Braz, disponível em <http://www.dgsi.pt> (<http://www.dgsi.pt/jstj.nsf/954f0ce6ad9dd8b980256b5f003fa814/06a9ac40c2b1161580257ad1005741a7?OpenDocument&Highlight=0,288%2F09.1GBMTJ.L2.S1%20>).

⁴⁶⁷ Neste sentido, voto de vencido do Conselheiro Santos Carvalho, no Acórdão mencionado supra.

⁴⁶⁸ Acórdão mencionado supra e Acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa de 29 de Março de 2011 (processo nº 288/09.1GBMTJ.LI-5), relatado pelo Conselheiro Jorge Gonçalves, disponível em <http://www.dgsi.pt> (<http://www.dgsi.pt/jtrl.nsf/33182fc732316039802565fa00497eec/8128b9801996b3c18025788d003ad395?OpenDocument&Highlight=0,288%2F09.1GBMTJ.LI-5>).

aponte para um caso de negação da gravidez – quando o corpo não emite sinais da presença de um feto.

Da análise feita depreende-se que os Tribunais Portugueses não têm sequer conhecimento destes casos de negação da gravidez, pois quando confrontados com a possível existência desse fenómeno no caso concreto, argumentam que todos os manuais científicos relatam que ao 3º ou 4º mês de gravidez os sinais da mesma já são visíveis, tornando-se impossível que a mulher não tenha conhecimento da mesma, desacreditando ainda mais se a arguida já tiver sido mãe anteriormente⁴⁶⁹. Nas contestações o Ministério Público alega que o crime de infanticídio não pode ser tido em conta pois apesar de não ter ficado provado que a arguida premeditou a morte do filho aquando o conhecimento da gravidez, foi premeditado em momentos anteriores ao parto, e tal não é compatível com a influência perturbadora do parto. Nesse mesmo sentido vai frequentemente a jurisprudência, ao considerar que não há um nexo de causalidade entre a influência perturbadora do parto e o motivo que levou ao homicídio.

O homicídio privilegiado também não tem tido muita aplicação nestes casos, nem pelos Tribunais de 1ª instância, nem pelos Tribunais Superiores. Tendo sido aplicado apenas a um caso, pelo Tribunal da Relação de Guimarães no Acórdão de 19-11-2007⁴⁷⁰, que absolveu a arguida da condenação de um crime de homicídio simples, por considerar que esta agiu motivada pela defesa da sua honra – medo de que os pais descobrissem a gravidez oriunda de um relacionamento com um homem casado – situação essa que consideraram integrar o conceito de “desespero” para efeitos do artigo 133º, por esta não ser capaz de enfrentar tal situação. Consideraram que tal estado de desespero integrava o facto típico do artigo 133º, por não ser necessário que, ao contrário da “emoção violenta”, o motivo que levou a arguida a agir daquela forma seja compreensível, pois a arguida matou o recém-nascido para se libertar do constrangimento da respectiva gravidez, e para se libertar dessa pressão psíquica.

⁴⁶⁹ Neste sentido, Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 26 de Fevereiro de 2009 (processo nº 08P3547), relatado pelo Conselheiro Arménio Sottomayor, disponível em <http://dgsi.pt> (<http://www.dgsi.pt/jstj.nsf/954f0ce6ad9dd8b980256b5f003fa814/13671f392590d6cc8025758900485dd7?OpenDocument&Highlight=0,08P3547>).

⁴⁷⁰ Processo nº 1052/07-2, disponível em <http://dgsi.pt> (<http://www.dgsi.pt/jtrg.nsf/86c25a698e4e7cb7802579ec004d3832/69f4d03c33a85c52802573bd004158c1?OpenDocument&Highlight=0,Infantic%C3%ADdio>).

7. As perturbações na fase de gestação e o artigo 136º do Código Penal

Conhecidas já as perturbações que podem acometer o período gravídico, cabe agora analisar se as mesmas, quando levam ao homicídio do nascituro logo após o parto, são susceptíveis de gerar uma culpa diminuída e, nessa medida, integrar o crime de infanticídio.

7.1. Ansiedade e Depressão pré-natal

Da análise feita relativamente à ansiedade pré-natal e à depressão pré-natal, vimos que essas perturbações não levam ao homicídio do nascituro, ainda que em torno da gravidez se possam gerar alguns sentimentos negativos. Não são conhecidos casos de infanticídio precedidos por estas perturbações, e se os houvesse não seriam suficientes para fundamentar uma culpa diminuída, considerando que essas perturbações não alteram a consciência da gestante, apenas se traduzindo num humor deprimido ou num estado de ansiedade mais elevado. Contudo, apesar de se poderem reflectir de forma negativa na forma como percebem a gravidez, não se traduzem em sentimentos de negação relativamente ao futuro bebé. Se devido a um diagnóstico de depressão pré-natal a gestante praticar o crime de aborto ou implementar medidas com vista a que o feto nasça morto, será punida pelo crime de aborto, pois a conduta teve lugar antes de ter tido início o trabalho de parto, e de maneira alguma poderia preencher o conceito da influência perturbadora do parto. No entanto, a gravidade da depressão pré-natal e da ansiedade pré-natal assenta no facto de estas poderem levar ao desenvolvimento de uma depressão pós-parto.

7.2. Negação da gravidez – psicótica e não psicótica

A negação da gravidez, em ambas as formas – psicótica e não psicótica – são as únicas perturbações com origem na gravidez que podem desencadear o crime de infanticídio, sendo ambas uma expressão do *neonaticide syndrom*.

Tal como explicitado anteriormente, este síndrome é caracterizado pela ocorrência de um estado de negação durante a gestação que cessa perante a evidência de dar à luz, mas, contudo, devido a essa negação, as parturientes entram no momento do parto num estado dissociativo da realidade.

Assim, iremos fazer a análise desses estados psicopatológicos para avaliar de que forma levam a uma diminuição das faculdades mentais da mulher, ao ponto de não reconhecer os seus actos.

A negação é entendida como a rejeição de algo, a recusa em aceitar a realidade, um mecanismo de supressão inconsciente⁴⁷¹.

É entendido por alguns autores que para se negar a realidade é necessário ter um conhecimento prévio acerca da mesma. Assim, para que se desenvolva o fenómeno inconsciente da negação da gravidez – psicótica ou não psicótica – é necessário que a gestante tenha tido um conhecimento prévio da gravidez, ou que tenha sido confrontada com a possibilidade da mesma, e seja em virtude desse facto que desenvolve o mecanismo de negação, devido a conflitos internos, já mencionados anteriormente⁴⁷².

Contudo, nos casos de negação de gravidez que ocorrem por a gestante não apresentar sinais da sua existência, pode nem ter chegado a existir essa pré-consciência⁴⁷³, sendo percebida apenas como uma mera eventualidade, não constituindo, no entanto, uma possibilidade sólida na consciência das gestantes.

O mecanismo de negação desenvolve-se quando o sujeito não consegue mudar essa situação, ou acredita que não o pode fazer, assim, para não ter de lidar com o que considera ser um problema, nega-o. A negação é uma estratégia focada na emoção, ao invés de ser focada no problema, sendo essa informação apagada do sistema psíquico do agente. Por vezes, o problema é negado pelo agente para que possa manter a sua convicção. Assim, as mulheres negam todos os sintomas da gravidez, atribuindo-lhe outras causas para que possam manter a sua própria convicção de que não estão

⁴⁷¹ TIGHE, Sylvia, LALOR, Joan, “Concealed pregnancy: a concept analysis”, in *Leading Global Nursing Research*, 72, 1, Janeiro, 2016, p. 52.

⁴⁷² VELLUT, Natacha, COOK, John M., TURSZ, Ann, *op. cit.*, p. 3.

⁴⁷³ CONLON, Catherine, *op. cit.*, p. 38.

grávidas, pois, por vezes, pode ser mais fácil desenvolver esse mecanismo do que abandonar as próprias convicções, pois isso traduzir-se-ia num acto doloroso⁴⁷⁴.

Na negação existem falhas ao nível da subjectividade do sujeito. Não tem a consciência do que se passa no seu próprio corpo, e por isso não consegue reconhecer o estado do qual padece. Neste caso, o desenvolvimento psíquico da mulher não lhe permite consciencializar o seu estado gravídico. Essa falha da subjectividade do sujeito leva a que não conheça os limites e as condições do seu corpo, considerando alguns autores que o indivíduo não se percepção como o protagonista da sua própria história, pois aquilo que vive não corresponde à realidade que é vivida pelo próprio corpo⁴⁷⁵.

O mecanismo de negação pode-se manifestar em sujeitos com distúrbios mentais, como em sujeitos sem qualquer distúrbio mas que se encontram sobre elevados níveis de stress⁴⁷⁶.

Devido a esse estado de negação, as dores do parto não são sentidas de forma tão intensa, levando a que sejam mal interpretadas, confundidas muitas vezes com a necessidade de defecar⁴⁷⁷.

É comum que a negação da gravidez persista ainda depois do parto⁴⁷⁸, assumindo então que não estavam grávidas e que o parto nunca aconteceu.

Há autores que consideram que no momento do parto, a gestante experiencia uma reacção dissociativa aguda, que pode ser o resultado de um processo dissociativo anterior, nomeadamente por considerar a negação da gravidez como fazendo parte de um transtorno dissociativo⁴⁷⁹. O estado de dissociação caracteriza-se por uma ruptura com a consciência, memória, identidade, emoção, representação do corpo, controlo motor e, comportamentos. Pode levar a comportamentos confusos com diminuição da consciência de si mesmo, e do ambiente que o rodeia⁴⁸⁰.

⁴⁷⁴ LUNDQUIST, Caroline, *op. cit.*, pp. 87-88.

⁴⁷⁵ GONÇALVES, Thomás, MACEDO, Mônica, *op. cit.*, p. 96.

⁴⁷⁶ BEIER, KM et al., *op. cit.*, p. 38.

⁴⁷⁷ VELLUT, Natacha, COOK, John M., TURSZ, Ann, *op. cit.*, p. 3.

⁴⁷⁸ FRIEDMAN, Susan, HENEGHAN, Amy, ROSENTHAL, Miriam, *op. cit.*, p. 121.

⁴⁷⁹ SAR, V. et al., "Acute dissociative reaction to spontaneous delivery in a case of total denial of pregnancy: Diagnostic and forensic aspects", in *Journal of Trauma and Dissociation*, Janeiro, 2017, p. 7 (1-10).

⁴⁸⁰ *Ibid.*, p.2.

É um estado que produz uma alteração discernível nos pensamentos, sentimentos e acções, fazendo com que algumas informações não sejam associadas ou integradas com outras, como o seriam normalmente. Na dissociação há um acesso dividido ou paralelo à consciência. Há autores que entendem o estado de dissociação como uma fragmentação da consciência. No estado de dissociação as experiências e os comportamentos ocorrem num estado à parte da “consciência consciente”. Há um distúrbio na auto-coesão. O processo de dissociação é também um mecanismo de defesa, assim, a consciência das emoções e dos pensamentos encontra-se diminuída. Se a gravidez for vista como um evento stressante na vida da mulher é normal que seja acometida por um estado de dissociação como forma de resposta a esse stress⁴⁸¹.

Considera-se bastante frequente que pelo facto de a gestação ter sido negada, no momento do parto as parturientes desenvolvam o fenómeno de despersonalização, alucinações dissociativas e amnésia intermitente. Esses estados de dissociação são, regra geral, o resultado de uma experiência traumática, sendo dessa forma diagnosticado no DSM como “*other specific dissociative disorders*” bastando, para tanto, que experienciem sintomas como amnésia, redução da consciência e, comportamentos confusos. O estado dissociativo tem um papel importante na prática do facto, pois ocorre como sendo uma resposta ao momento do pânico da iminência de dar à luz, ocorrendo durante o mesmo e/ou momentos imediatamente após⁴⁸². Sendo a gravidez negada durante 9 meses, o impacto de dar à luz causa um sentimento de pânico na mulher levando-a ao estado dissociativo ou a experienciar um episódio psicótico. Retomam os factores que a levaram inicialmente a negar a gravidez e, assim, contribuem para esse estado⁴⁸³.

A experiência do parto é diferente tendo em conta que é marcada por esse estado de dissociação. Muitas parturientes relatam ter-se visto a elas próprias a dar à luz, com dores não muito intensas. Algumas relataram alucinações, nas quais ouviam vozes. Não percebem o nascituro como sendo o seu filho, mas sim como um objecto que lhes é estranho⁴⁸⁴.

⁴⁸¹ SPUY, Tanya, “Dissociation as a defensive strategy in pregnant low-income women: a review of the literature”, University of Stellenbosch, 2002, Dissertação de mestrado não publicada, pp. 23-34.

⁴⁸² SAR, V. et al., *op. cit.*, pp. 7-8.

⁴⁸³ WILLIS, Amy, *op. cit.*, p. 1008.

⁴⁸⁴ SPAIN, Julie, *op. cit.*, p. 170.

Os actos que são cometidos durante o estado de dissociação ficam num campo paralelo da memória, sendo assim frequente que o sujeito tenha acesso aos mesmos num certo momento, mas noutro já não⁴⁸⁵, o que justifica que após o parto o estado de dissociação possa persistir por vários anos, sobre a forma de amnésia relativamente a esse acontecimento, pois pode acontecer que a mãe infanticida não recorde o acontecimento devido à experiência traumatizante⁴⁸⁶. A amnésia é a dificuldade no acesso a memórias do indivíduo relacionadas com um determinado evento, devido aos sentimentos de excitação que acompanham o comportamento relacionado com esse evento. Esse estado de excitação inibe a codificação de uma memória, tornando difícil o acesso à mesma. Nos casos em que a memória se relaciona com a prática de um crime pelo sujeito, a fonte do problema está nos actos cometidos pelo próprio agente. Assim, a amnésia é uma consequência do estado de dissociação, pois impede que o agente tenha a consciência do que fez. A amnésia relacionada à perpetuação do crime pode ser completa ou incompleta, e direccionada à prática do acto. Contudo, o mais comum é a amnésia incompleta, ou seja, a memória da prática do acto é descrita como vaga e irregular⁴⁸⁷. A amnésia é ela própria um distúrbio dissociativo⁴⁸⁸.

O relato de casos de amnésia dissociativa tem sido feito na maioria das vezes relativamente a homicídios não premeditados, nos quais a vítima é conhecida intimamente pelo agente, sem um motivo aparente para a prática do mesmo. Conclui-se que só os actos praticados num estado de extrema excitação emocional são susceptíveis de desencadear a amnésia dissociativa⁴⁸⁹.

Estes estados de dissociação ligam-se não só ao momento do parto, bem como a todo o processo de negação da gravidez, pois pela análise feita deste fenómeno apreende-se que também ele em si constitui um estado de dissociação. A mulher não tem consciência de estar grávida, pois desconecta-se do seu próprio corpo (grávida), o que leva a uma ruptura com a consciência e modifica a experiência como sendo sua⁴⁹⁰.

⁴⁸⁵ SPUY, Tanya, *op. cit.*, pp. 29-30.

⁴⁸⁶ SAR, V. et al., *op. cit.*, p. 8.

⁴⁸⁷ BOURGET, Dominique, WHITEHURST, Laurie, "Amnesia and crime", in *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, vol.35, nº4, 2007, pp. 470-471 (469-480).

⁴⁸⁸ ESPÍRITO SANTO, Helena, "Histeria - A unidade Perdida", Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2008, Tese de doutoramento não publicada, p. 196.

⁴⁸⁹ BOURGET, Dominique, WHITEHURST, Laurie, *op. cit.*, p. 471.

⁴⁹⁰ SPUY, Tanya, *op. cit.*, p. 24.

O estado de dissociação é comum quando o agente comete o acto lesivo do bem jurídico, devido ao estado emocional do qual padece⁴⁹¹. Assim, o estado dissociativo que ocorre no momento da prática de crimes não é encarado como uma doença mental, mas, sim, como um estado momentâneo, em resposta ao momento traumático que é vivido por esses agentes, e que até pode por eles ter sido criado. Contudo, em alguns casos a dissociação pode ser a manifestação de um distúrbio dissociativo anterior à prática do facto, ou de um distúrbio dissociativo generalizado⁴⁹².

Tanto a negação, como a dissociação, são formas de distanciamento de uma informação da consciência do sujeito para minimizar o impacto que poderia ter se tivesse conhecimento de tal facto. Contudo, o estado de dissociação é mais grave pois envolve uma ruptura com a consciência do seu ser⁴⁹³.

A despersonalização é alegada como fazendo parte desse estado dissociativo que acomete o momento do parto, sendo precisamente um tipo particular de dissociação que se traduz na perda da percepção do “eu” como sendo ele próprio. Nesse estado, o sujeito sente-se estranho e desconectado do seu próprio corpo. Trata-se do fenómeno de despersonalização transitória, frequente em momentos de elevado stresse, e não do distúrbio de despersonalização⁴⁹⁴.

A manifestação de um episódio dissociativo não tem ligação com a personalidade do indivíduo. Por vezes é também um precedente de stresse pós-traumático, pois alguns indivíduos ficam traumatizados com o próprio comportamento⁴⁹⁵.

A maioria dos fenómenos relatados de dissociação consiste em episódios, ou seja, o estado dissociativo é transitório, o que não significa que o agente tenha traços dissociativos e, portanto, não manifesta um distúrbio dissociativo⁴⁹⁶.

Os estados de dissociação diminuem a capacidade que o agente tem de conseguir controlar os seus próprios actos⁴⁹⁷.

⁴⁹¹ BOURGET, Dominique, WHITEHURST, Laurie, *op. cit.*, p. 470.

⁴⁹² MOSKOWITZ, Andrew K., “Dissociative pathways to homicide: clinical and forensic implications”, in *Journal of Trauma and Dissociation*, vol. 5, 3, 2004, pp. 6-7 (5-32).

⁴⁹³ SPUY, Tanya, *op. cit.*, p. 29.

⁴⁹⁴ MAURICIO, Tomás, “Despersonalização: apresentação clínica, antecedentes, consequências e controvérsias”, Coimbra, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2010, Dissertação de mestrado não publicada, pp. 3-4.

⁴⁹⁵ MOSKOWITZ, Andrew, “Dissociation and violence – a review of literature”, in *Trauma, Violence & Abuse*, vol.5, nº1, Janeiro, 2004, pp. 30-32 (21-46).

⁴⁹⁶ *Ibid.*, p. 23.

O fenómeno da negação da gravidez, apesar de corresponder a um mecanismo de negação, não é entendido como uma psicopatologia. Contudo, Para Eudoxia Gay, Presidente da Associação Espanhola de Neuropsiquiatria, essa situação não significa que essa entidade psicopatológica não exista e, existe de facto, pois a negação e a dissociação consistem sempre numa perda do senso da realidade. Assemelha os casos de negação da gravidez aos casos em que alguém apesar de saber que uma pessoa morreu acredita que tal não aconteceu⁴⁹⁸.

Cabe agora analisar se a referida perturbação – negação da gravidez (não psicótica e psicótica) - preenche o artigo 136º.

O elemento temporal “durante ou logo após o parto” não apresenta quaisquer dúvidas, este encontra-se preenchido, pois o homicídio ocorre quando dão à luz ou segundos depois – dependendo do momento do corte do cordão umbilical.

Em primeiro lugar, importar ter atenção que a criação do mecanismo de negação não é incompatível com o conhecimento prévio da gravidez. O que significa que o facto de a mulher ter realizado um teste de gravidez meses antes do parto não será contraditório com o facto de esta não ter um conhecimento consciente acerca da mesma, pois se para negar um facto é necessário ter conhecimento do mesmo, então será natural que a negação só se desenvolva no momento subsequente a esse conhecimento. De acordo com as regras da experiência, uma mulher apesar das suspeitas que possa ter quanto a uma gravidez só adquire a certeza da mesma mediante um teste, sendo, portanto, este um momento susceptível de desencadear esse fenómeno. Em virtude de uma gestação negada durante todo o seu período, o parto será sempre uma surpresa para a parturiente, que não espera que ele aconteça. Com isso afastam-se as dúvidas quanto à premeditação do facto. Não é possível planear a morte do nascituro para quando este nasça sem o conhecimento de que o parto irá ocorrer.

Da análise efectuada concluímos que os autores discordam em relação ao estado mental sob o qual a gestante pratica o facto típico. Ou seja, não há consenso quanto a saber se no momento do parto a parturiente se encontrava sob um estado dissociativo ou sob um transtorno psicótico breve. Contudo, apesar da distinção quanto à designação

⁴⁹⁷ BOURGET, Dominique, WHITEHURST, Laurie, *op. cit.*, p. 477.

⁴⁹⁸ ZAFRA, Ignacio, “Inocentada de matar seu bebê porque não sabia que estava grávida”, in *El País*, 13 de Outubro de 2014, disponível em https://brasil.elpais.com/brasil/2014/10/10/internacional/1412964933_222150.html.

desse estado é unânime que, na maioria das vezes, devido à negação da gravidez a gestante não tem a plena consciência de estar a dar à luz e, por isso, não sente a experiência do parto enquanto uma experiência própria, matando o nascituro de seguida, não avaliando correctamente os seus actos.

Seja qual for a designação dada ao estado mental sob o qual a parturiente agiu no momento da prática do facto típico, será necessário que se esteja perante uma anomalia psíquica, pois só dessa forma poderá preencher o conceito “sob a influência perturbadora do parto” exigido pelo artigo 136º.

Pensamos que tal se encontra preenchido. O estado mental sob o qual a mãe mata o filho após o parto consiste numa deficiência patológica com origem na mente da mulher, e não num estado emocional. A anomalia psíquica deverá afectar as faculdades intelectuais e volitivas do agente, e pensamos que assim sucede.

No momento do parto a gestante não tem a plena consciência da experiência do parto enquanto uma experiência sua, e na maioria das vezes não percebe o nascituro como algo que lhe pertence, mas, antes, como um objecto que deve ser eliminado.

Cabe então perguntar se a parturiente no momento da prática do facto típico tinha o dolo de matar necessário para que se possa aplicar a norma do infanticídio.

Ora, o dolo – artigo 14º do CP - é entendido tradicionalmente como a representação do facto típico e a intenção de o vir praticar. (dto penal I, fp, 158) Comporta dois elementos: o elemento intelectual – conhecimento das circunstâncias do facto - e o elemento volitivo – vontade de praticar o facto típico. Estes elementos consideram-se interligados, sendo possível através dessa relação apurar a atitude do agente contrária ao Direito, dirigindo-lhe uma censura penal, em virtude da culpa dolosa⁴⁹⁹.

Assim, para que exista dolo é necessário que o agente tenha o conhecimento do facto típico. Fernanda Palma entende que o dolo está ligado à intencionalidade da acção. Assim, é necessário que o agente tenha liberdade suficiente para se decidir a praticar o facto típico e para se motivar quanto aos valores jurídicos. Perspectiva a intencionalidade como o grau de racionalidade mais elevado tendo em consideração a

⁴⁹⁹ DIAS, Jorge de Figueiredo, *op. cit.*, pp. 333-334.

voluntariedade com que o agente comete o crime. Se se afigura como um acto completamente voluntário então a existência de dolo é inquestionável⁵⁰⁰.

A doutrina tem entendido o “conhecimento” e a vontade” como a intenção de praticar o facto típico mediante a representação que o agente faz das consequências da prática do facto, pressupondo assim que o agente conhece os elementos do facto típico no momento da decisão da sua prática⁵⁰¹. O conhecimento dos elementos do facto típico implica, para Figueiredo Dias, o conhecimento dos elementos normativos, o que significa que o agente não só tem de conhecer os factos como também o seu significado de acordo com o tipo de ilícito⁵⁰².

Quando o agente não percepção um dos elementos do facto típico ou percepção de acordo com uma valoração errada não é possível concluir pela existência de dolo. Só assim, de acordo com Figueiredo Dias, poderá existir conformidade entre o tipo objectivo e o tipo subjectivo⁵⁰³.

Podemos ser levados a pensar que não existe dolo de praticar o facto, tendo em conta que a parturiente não tem a plena consciência de que está a dar à luz. Contudo, tal afirmação não se encontra correcta. É possível apurar ainda uma vontade de praticar o facto típico – intenção de matar o recém-nascido – ainda que este não seja perspectivado enquanto tal. Há assim um dolo directo na prática do facto – artigo 14º/1 – a gestante sabe que algo saiu de dentro do seu corpo e, por isso, mata-o de seguida, pois vê o recém-nascido como algo que deve ser eliminado. Assim, a vontade da parturiente consiste na realização do facto típico – a morte do seu filho. Tem-se entendido que no dolo directo o conhecimento que o agente tem do facto não precisa de ser um conhecimento perfeito, nas palavras de Fernanda Palma, pois há vontade clara e directa na prática do facto⁵⁰⁴. O elemento volitivo do dolo é de tal forma intenso que faz com que as exigências quanto ao elemento intelectual sejam menores.

Não podemos esquecer que o artigo pressupõe a existência de uma anomalia psíquica. O que caracteriza precisamente uma anomalia psíquica é a diminuição das

⁵⁰⁰ PALMA, Maria Fernanda, *Direito Penal I (parte geral)*, Lisboa, Concurso para Professor associado, Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, p.160.

⁵⁰¹ *Ibid.*, p.163.

⁵⁰² DIAS, Jorge de Figueiredo, *op. cit.*, p. 335.

⁵⁰³ *Ibid.*, p.336.

⁵⁰⁴ PALMA, Maria Fernanda, “A vontade no dolo eventual”, in *Estudos em Homenagem à Professora Doutora Isabel de Magalhães Collaço*, vol. II, Separata, Coimbra, Almedina, 2002, p. 796.

faculdades cognitivas do agente, por isso consideramos que o grau de exigência do elemento intelectual não poderá ser o mesmo relativamente a outros tipos penais, pois esses não pressupõem uma imputabilidade diminuída do agente na prática do facto. No infanticídio, é a própria lei que nos diz que o elemento volitivo deverá ser superior ao elemento intelectual, tendo em conta que a lei parte do pressuposto de que a consciência atinente às circunstâncias do facto se encontra diminuída, e por isso pune a mãe que mata o filho com uma atenuação especial, pois entende estar perante uma culpa diminuída. Assim, a lei aceita um conhecimento imperfeito das circunstâncias, pois parte do princípio de que se a mãe tivesse o conhecimento perfeito do facto então não realizaria o facto típico, ou seja, não mataria o filho que deu à luz. Se se apurar que a gestante tinha o conhecimento integral das circunstâncias será difícil apurar que padecia de uma anomalia psíquica no momento da prática do facto e, assim, não será possível concluir que agiu sob a influência perturbadora do parto, pelo que não preencherá o tipo do artigo 136º.

Podemos pensar que a parturiente no momento do parto se encontrava em erro quanto ao objecto do facto típico – o nascituro. Contudo, tal não é verdade, pois a parturiente não atinge uma pessoa ou objecto diferente daquele que representava. Não há, também, uma falta de representação quanto ao objecto. O que há é um conhecimento imperfeito das circunstâncias que faz com que o agente não percepcione o nascituro como seu filho, mas, antes, como algo a eliminar.

O dolo do tipo não poderá ser a intenção de matar o próprio filho, mas, antes, a vontade de eliminar o objecto que associa à perturbação, porque, novamente, se a parturiente tiver a plena consciência de que está a matar o próprio filho, então a censura que lhe é dirigida será uma censura maior, incapaz de revelar uma culpa diminuída, não sendo, portanto, punida pelo artigo 136º, ainda que possa ser pelo artigo 133º - homicídio privilegiado.

O dolo só poderá ser excluído se em virtude de um erro o agente não tiver a oportunidade para se confrontar com a norma (exclusão do dolo, FP, 625). Consideramos que o erro só será de valorar quando o agente represente um objecto diverso daquele que pretendia atingir ou quando a informação que tem não é suficiente para atingir o grau de conhecimento necessário para que possa existir dolo. Ora, não é o que acontece no caso do infanticídio. No momento do parto, a gestante dispõe de toda a

informação necessária para aceder à informação de que está a dar à luz e, naturalmente, o nascituro será o seu filho, contudo, em virtude da anomalia psíquica da qual padece – que é pressuposta e aceite pela lei – não adquire o conhecimento perfeito mas, ainda assim, decide-se a praticar o facto típico, pois dirige a vontade para a aniquilação daquele que é o objecto da perturbação. A vontade da parturiente consiste em se “livrar” daquela situação. Não há uma plena consciência do facto, mas ainda há alguma, na medida que se existisse um total desconhecimento da situação não teria vontade de matar – ou deixar morrer – o recém-nascido, pois o que pretende é retornar à sua vida sem o nascituro e, para isso, será necessária a lesão do bem jurídico. Assim, a parturiente quando empreende manobras que lesam a vida do nascituro representa a morte deste enquanto consequência, querendo-a.

Se existisse um total desconhecimento do facto não existiria uma segunda acção destinada a esconder o corpo do nascituro. Se não soubesse tratar-se de um ser com vida então não empreenderia manobras atinentes à morte de um ser humano, e não percepcionava a morte do mesmo como algo que deve ser feito⁵⁰⁵. A parturiente, apesar de não se encontrar na plena posse das suas faculdades mentais sabe que o que fez foi errado.

Ainda que não vejam o momento do parto como uma experiência própria, adquirem a noção de que se trata de um parto e que estão perante um objecto com vida. Esta conclusão podemos retirar do relato de E⁵⁰⁶ que descreveu a experiência do parto sem dor e ainda que não a associasse a si mesma, viu a cabeça do bebé a sair do seu corpo. Concluimos que não há uma plena consciência de que deu à luz e que por isso se trata do seu filho, mas há ainda alguma consciência. Contudo, essa consciência encontra-se diminuída, pois em virtude da anomalia psíquica, a parturiente não se encontra capaz de avaliar plenamente os factos e de se determinar de acordo com essa avaliação. Teresa Beleza considera não ser necessária uma completa consciência do facto, bastando-se com uma “consciência difusa”, assim, não é necessário que o agente esteja concretamente a pensar nos elementos do facto típico, ilustra com o exemplo de que “*o criminoso viu vermelho, mas viu*”. É precisamente o que acontece no caso do infanticídio, a parturiente, embora sem uma representação plena do nascituro enquanto tal e enquanto seu filho, representa-o enquanto algo a eliminar. Teresa Beleza aceita

⁵⁰⁵ Assim sucedeu com D, página 77.

⁵⁰⁶ Página 64.

uma consciência perturbada no momento do facto, não podendo qualquer perturbação levar à conclusão de que o agente não tinha conhecimento de certos elementos do tipo⁵⁰⁷. Entende também Rui Patrício não ser necessário um conhecimento “*vivo, nítido, reflectido acerca dos elementos objectivos do tipo*”⁵⁰⁸.

Carlota Pizarro de Almeida considera que ao inimputável não poderá ser aplicado o mesmo regime referente à exclusão do dolo que se aplica ao imputável, pois o erro do inimputável será um erro condicionado pela anomalia psíquica. Ou seja, o agente só entra em erro quanto aos elementos do facto típico em virtude da anomalia psíquica da qual padece, considerando que um imputável nessas circunstâncias valoraria correctamente os factos⁵⁰⁹. Consideramos que o mesmo deverá ser extensível quanto ao imputável diminuído, pois este também não se encontra na plena posse das faculdades mentais ao tempo da prática do facto, pois se estivesse seria julgado enquanto imputável e não enquanto imputável diminuído. Se excluirmos o dolo por este não ter o conhecimento perfeito do facto então estar-se-á a descurar o elemento volitivo – que nestes casos é bastante intenso – e a não punir um agente que se decidiu a praticar o facto típico, ainda que com uma capacidade de avaliação e determinação diminuída.

É possível, no momento do facto, responder à questão “porque é que o fez?”: a parturiente mata o filho porque pretende desprender-se daquela situação. Os motivos que a levaram a negar a gravidez surgem, novamente, no momento do parto, ainda que não o seja num plano directo da consciência. Esses motivos contribuem para o estado psicológico perturbado – seja ele um estado dissociativo ou um breve transtorno psicótico – sendo em virtude desse estado que mata o recém-nascido. Assim, teremos de distinguir esta reposta daquela que é dada após a prática do facto já no julgamento penal do homicídio, pois é natural que devido à amnésia dissociativa a arguida não se recorde plenamente do facto praticado. Natural será, também, que não saiba justificar conscientemente o porquê de ter morto o próprio filho, pois na fase de audiência já não se encontra sob qualquer perturbação, contudo, não saber justificar no momento da apreciação do facto, não significa que no momento do facto não existisse um “porquê”,

⁵⁰⁷ BELEZA, Teresa Pizarro, Direito Penal, vol. II, Lisboa, AAFDL editora, 1998, p. 169.

⁵⁰⁸ PATRÍCIO, Rui Filipe Serrão, “O dolo enquanto elemento do tipo penal (no direito português actual): questão-de-facto ou questão-de-direito?”, in separata da Revista da Ordem dos Advogados, ano 58, I, Lisboa, 1998, p. 165.

⁵⁰⁹ ALMEIDA, Carlota Pizarro de, A inimputabilidade por anomalia psíquica – questões jurídicas de ordem substantiva e processual, separata da Revista da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, vol. XLIII, nº2, Lisboa, Coimbra editora, 2002, p. 1009 (1005-1018).

portanto, uma razão, para a prática do facto típico. São momentos distintos, e no momento da prática do facto típico encontrava-se sob os efeitos de uma anomalia psíquica, ao passo que no momento da apreciação do facto já se encontra sob um estado psicológico normal, portanto livre de perturbações.

De acordo com Fernanda Palma é necessário um “domínio de si suficiente” para fundamentar a responsabilidade a título de dolo⁵¹⁰. Entendemos que apesar de a maioria das parturientes descreverem a experiência do parto como uma experiência exterior a elas mesmas ainda se mantém alguma consciência, pois esta é apenas diminuída. Assim, há um domínio das acções, ainda que diminuído, por isso podemos considerar que existe um domínio sobre elas próprias, sendo possível censurar o agente por se ter decidido a praticar o facto típico.

Não podemos considerar a mãe que mata o filho como um agente inimputável, pois ainda há um controlo das suas acções. Contudo, esse controlo encontra-se diminuído, podendo assim qualificar-se como um caso de imputabilidade diminuída nos termos do nº2 do artigo 20º, tendo em conta que a inimputabilidade se encontra no nº1 e está configurada para os casos em que o agente em virtude também de uma anomalia psíquica perde o controlo voluntário dos seus actos⁵¹¹.

Apesar de ser dito que a parturiente perde a consciência de si mesma no momento do parto por não entender aquela experiência como sendo sua, entendemos que ainda mantém alguma consciência dela mesma, pois se assim não o fosse então não seria justificável a sua acção. Se a experiência do parto não é sua então porque é que dirige a sua vontade para o homicídio do nascituro? Entendemos que após o parto – portanto uns segundos após – a consciência de si mesma actualiza-se, sendo o que justifica a morte do nascituro, pois entende que de alguma forma este lhe pertence e não o quer.

Da análise efetuada concluímos que no momento da prática do facto típico a parturiente se encontra sob os efeitos de uma anomalia psíquica. O tipo legal do infanticídio pressupõe uma anomalia psíquica, contudo, é necessário que essa anomalia esteja em relação com o parto, ou seja, é necessário que se esteja perante uma “influência perturbadora do parto”.

⁵¹⁰ PALMA, Maria Fernanda, *Direito penal – parte geral – a teoria geral da infracção como teoria da decisão penal*, 3ª ed., Lisboa, AAFDL editora, 2017, p. 173.

⁵¹¹ PALMA, Maria Fernanda, *O princípio da desculpa em Direito Penal*, Lisboa, Almedina, 2005, p. 27.

A anomalia psíquica da qual a gestante padece no momento do homicídio do recém-nascido é o conjunto da negação da gravidez com o pânico do momento do parto. O estado dissociativo que acomete a parturiente no momento do parto é suficiente para preenchimento do conceito “influência perturbadora do parto”, pois é precisamente o parto, por se afigurar como um momento de pânico e que não pode ser pela mulher controlado que desencadeia o estado dissociativo, sobre o qual é levada ao homicídio do recém-nascido. Contudo, este conceito deverá ser alvo de algumas reflexões por parte da doutrina e da jurisprudência, pois relacionam-no apenas com as dores físicas do parto e com a forma como elas se reflectem no estado emocional da mulher após dar à luz, mas sempre influenciada por esse facto. Assim, não têm em consideração que esse estado emocional perturbado que se verifica após o parto e leva à morte do nascituro possa ser o resultado de um estado emocional perturbado que tenha tido início na gravidez. A doutrina parece enveredar pela teoria de que os efeitos do parto só se dão após dar à luz, mas não imediatamente após, nem durante o acontecimento. Entendem que o homicídio tem de estar apenas em relação com o parto, se for o produto de algo que tenha ocorrido na gravidez já não será infanticídio. Nesses casos tendem a considerar que o homicídio foi premeditado e, assim, consideram que não se poderá aplicar o crime de infanticídio, por ser incompatível com o homicídio sob a influência perturbadora do parto, sendo que só pode surgir precisamente quando a gestante dá à luz, e seja devido a essa perturbação que pratica o facto típico⁵¹². No entanto, há que tomar em conta o facto de que o estado dissociativo é uma consequência do estado de negação ao longo da gravidez. Portanto, o estado perturbado tem início na gravidez, contudo, é agravado quando o parto tem início, entrando a parturiente num estado ainda mais grave do que o original, sendo devido a essa perturbação que pratica o facto típico.

Os estados dissociativos que ocorrem no parto e que constituem o motivo pelo qual a mulher mata o filho que acabou de dar à luz revelam-se como afectando apenas uma parcela da capacidade de discernimento da mulher que, apesar de se encontrar afectada por uma anomalia psíquica, mantém alguma noção quanto ao facto praticado, pois não existiu uma privação completa quanto aos sentidos. Nessa medida, ainda se pode dizer que mantém alguma responsabilidade pelo facto⁵¹³, pois percepcionou a morte do recém-nascido como uma consequência e, por isso, escolheu praticar o facto típico.

⁵¹² ALBUQUERQUE, Paulo Pinto de, *op. cit.*, p. 369.

⁵¹³ MESTIERI, Luiz Henrique, MENEGUETTE, Renata, MENEGUETTE, Cícero, “Estado puerperal”, in *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, vol. 7, nº1, 2005, p. 9 (5-10).

Contudo, essa responsabilidade não é uma responsabilidade plena pelo facto praticado, na medida que a capacidade de reflexão se encontrava diminuída.

É este quadro que justifica que a mulher infanticida não seja tida como inimputável à data da prática dos factos, mas antes como imputável diminuída, pois a consciência que mantém não a impede da prática do homicídio. A negação da gravidez, e o estado dissociativo não são doenças mentais que gerem a inimputabilidade, contudo, são estados transitórios com reflexos na consciência do sujeito, que justificam uma imputabilidade diminuída.

Não podemos concordar com a tese de Nuno Costa que entende que para aplicar o crime de infanticídio seja necessário que a mulher tenha o conhecimento e a consciência de que o nascituro é seu filho⁵¹⁴, consideramos que tal concepção contraria precisamente a base psicológica que constitui o fundamento para a aplicação do crime de infanticídio, enquanto um tipo privilegiado, devido a uma diminuída consciência no momento da prática do facto, pois nem sempre percebem o nascituro como sendo delas.

Apesar de a maioria dos casos de infanticídio ocorrer sob a forma de acção, existem alguns casos nos quais o recém-nascido veio a falecer por a parturiente não lhe ter prestado os cuidados necessários no momento do nascimento. Nesses casos estamos perante um crime de infanticídio sob a forma de omissão, punível nos termos do artigo 10º. Não consideramos que seja de aplicar o dever de garante à parturiente, por entendermos que este não funciona automaticamente, afigurando-se necessário que a mãe reconheça o filho enquanto tal. A prática do crime sob a forma de omissão não é incompatível com o fenómeno da negação da gravidez – psicótica ou não psicótica. Tendo sido apurado que negou a gestação de forma inconsciente, no momento do parto a parturiente não se encontra em plena consciência de si mesma, não tendo a completa noção do acontecimento em si. Assim, não será pouco comum que no momento do parto, a parturiente venha a abandonar facticamente o nascituro no local onde deu à luz, ficando confusa com o que aconteceu, retomando assim a actividade anterior, e em consequência desse abandono vir o nascituro a falecer. Toda a gestação foi marcada pela negação da mesma, na qual a gestante acreditava não estar grávida. Ora, a negação pode persistir ainda durante o parto ou após o mesmo, não sendo essa negação

⁵¹⁴ COSTA, Nuno, *op. cit.*, p. 193.

incompatível com o estado de dissociação que lhe acomete. Assim, após dar à luz pode persistir a negação, entendendo a parturiente que o bebé que viu dar à luz não era seu e, portanto, retoma a actividade anterior, como se nada tivesse acontecido. Necessário é, todavia, que a morte do nascituro seja vista como uma consequência desse abandono. É necessário que a parturiente tenha consciência de que ao não prestar cuidados ao nascituro, este irá desaparecer, desaparecendo também aquilo que considera ser um problema.

Também parece que os casos de comparticipação não são incompatíveis com a negação da gravidez. Pode acontecer que o parto seja precedido por uma negação da gravidez e acometido por um estado de dissociação, e seja um terceiro – frequentemente o pai da criança – a matar o recém-nascido. Os motivos que levam à morte da criança por parte de um terceiro poderão ser os que fundamentam o desenvolvimento do mecanismo de negação por parte da gestante. Assim, se provado quanto a esta que se encontrava em negação da gravidez, que persistiu durante e após o parto, será de aplicar o crime de infanticídio. É de notar que nalguns casos de negação da gravidez, apesar dos esforços para enganar terceiros, nem sempre as justificações dadas pela gestante se tornam credíveis, pelo que para alguns o nascimento de um recém-nascido não será um fenómeno surpreendente, pois sempre acreditaram na gravidez. Se, no entanto, a parturiente se servir de um terceiro em erro para homicídio do nascituro, não cremos que aí se encontre preenchido o pressuposto “sob a influência perturbadora do parto”, pois vimos que nos casos susceptíveis de enquadrar este conceito, a mulher não se encontra completamente consciente da realidade, pelo que não se compagina com o aproveitamento de um terceiro, pois este afigura-se como um acto plenamente consciente, devido à habilidade necessária para induzir alguém em erro e servir-se do mesmo. O terceiro que efectivou a morte do nascituro nunca poderá ser punido pelo crime de infanticídio, pois este só pode ser praticado na pessoa da mãe do nascituro, portanto, será de equacionar a aplicação do homicídio simples, homicídio qualificado, homicídio privilegiado, ou homicídio por negligência.

A concepção de Figueiredo Dias, de que o estado da parturiente sobre a influência perturbadora do parto possa ser condicionado por motivos endógenos ou exógenos, vai de encontro à nossa teoria, pois são precisamente esses estados exteriores ao parto, mas conectados com toda a gestação, que levam ao estado emocional da mulher no momento do parto, susceptíveis de enquadrar o conceito “sob a influência perturbadora do parto”.

Assim, motivos exógenos e endógenos relacionam-se, pois um é a causa do outro. O autor reconhece também que os casos de negação da gravidez e do parto preenchem o tipo legal do infanticídio⁵¹⁵.

Ocultação da Gravidez

Nem todos os casos de infanticídio são precedidos por uma negação de gravidez. São comuns os casos em que as mulheres ocultam a gravidez de terceiros com medo da repulsa que podem vir a sentir por parte dos mesmos, e por não saberem ainda qual o fim que irão dar à gravidez: assumir ou dar o bebé para adopção. Não é fácil delimitar os casos em que estamos perante uma negação da gravidez e os casos de ocultação. No entanto, parece haver entre eles dois factores de destrição: a justificação fornecida a terceiros para os sintomas da gravidez e, a expectativa do parto.

Tendo em conta o primeiro factor, concluímos que quando a mulher alega ter um tumor ou qualquer outro problema médico para justificar os sintomas da gravidez, estar-se-á perante um caso de ocultação deliberada, pois significa que se esforça para que seja concedida a terceiros uma desculpa plausível para o aumento do ventre e que assim estes entendam que o problema irá desaparecer – o que irá certamente acontecer após o momento do parto, não tendo depois a gestante de vir a explicar a diminuição repentina do ventre. No segundo factor – o da expectativa do parto -, concluímos que quando a gestante se encontra em negação da gravidez não espera o momento do parto, sendo o que justifica que não sinta as contracções como dores do mesmo, atribuindo essas dores a outros factores, maioritariamente à necessidade de defecar - o que explica que muitos partos ocorram na casa-de-banho. Assim, naqueles casos em que a gestante tem consciência de que irá dar à luz no dia seguinte ou nesse mesmo dia, não estará, à partida, sob o fenómeno da negação, pois só quem tem a consciência da gravidez – e do seu estado avançado – é que pode esperar um parto e sentir as contracções do mesmo enquanto tal.

Também não se afigura como pode o estado dissociativo se manifestar nos casos de ocultação da gravidez, pois o que justifica o mesmo é o presenciar de uma situação que

⁵¹⁵ DIAS, Jorge de Figueiredo, *op. cit.*, pp. 172-173.

se afigura impossível de acontecer – ninguém dá à luz sem estar previamente grávida e, nessa medida, se não se considerava grávida então essa experiência nunca poderia ser sua. No caso da ocultação da gravidez sabem que estão grávidas e que o momento do parto irá chegar e, muitas vezes, sabem-no horas antes de o mesmo acontecer, ou até dias. Aqui não é de excluir um estado emocional alterado, devido ao pânico de ter dado à luz, muitas vezes em sítios ou circunstâncias pouco apropriadas, contudo, tal facto não é suficiente para fundamentar uma diminuída consciência da gestante, pois na maioria das vezes o sítio e a circunstância na qual ocorre o parto poderia ter sido por ela evitado. Conclui-se que se a gestante teve a capacidade suficiente para ao longo da gravidez encobrir todo o processo de terceiros, então também seria exigível que ao pretender manter o nascimento do filho escondido de todos, tivesse o parto em circunstâncias adequadas ao nascimento de uma criança e, se não o quisesse, dar então para adopção.

Não é possível fundamentar que nos casos de ocultação se tenha estado perante um homicídio premeditado – nem quando teve conhecimento da gravidez nem horas antes quando percebeu que iria dar à luz – contudo, era-lhe exigível outra actuação de forma a salvaguardar o bem jurídico “vida” do recém-nascido. Pelo que, nesses casos, estaremos perante um homicídio simples. Concordamos com a jurisprudência que afasta o homicídio qualificado: o grau de parentesco – alínea a) - não releva nestas situações pois ele não actua de forma automática, não há envolvimento emocional entre a mãe e o feto, pois como vimos para que se dê a vinculação materno-fetal é necessário que a gravidez seja aceite previamente pela gestante, e que esta interaja com o feto e se prepare para o nascimento da criança, por isso, não podemos considerar que exista uma violação dos deveres de respeito, amizade, e subordinação ou disciplina, que justifiquem a gravidade do ilícito⁵¹⁶, pois não foi estabelecida nenhuma relação emocional de parentesco com a vítima, não tendo existido convivência entre ambas – pois a morte deu-se imediatamente ao nascimento – e, por isso, esses deveres nunca chegaram a estabelecer-se; afasta-se também a alínea c), pois apesar de se tratar de um recém-nascido e ser, sem qualquer dúvida, uma pessoa particularmente indefesa, não há um aproveitamento dessa especial condição da vítima, pois a idade da criança é um motivo intrínseco para a prática do homicídio; afastamos, também, a hipótese do homicídio premeditado – alínea j) – pois apesar de terem conhecimento da gravidez, a decisão de matar o recém-nascido só é tomada no momento do parto, devido ao pânico sentido, e

⁵¹⁶ GONÇALVES, Manuel Maia, *op. cit.*, p.445.

por não saberem o que fazer. Durante toda a gestação evitam pensar no que irão fazer ao bebé quando este nascer, por isso não consideramos que tenha existido premeditação desde o momento em que tiveram conhecimento, pois preferem ignorar o problema. As mulheres que ocultam a gravidez são, regra geral, mulheres passivas, não tomam decisões, esperam que terceiros as tomem por elas e, nesse sentido, não é possível configurar que desde que tiveram conhecimento da gravidez tenham decidido matar o bebé quando este nascesse. A maioria das decisões são tomadas no momento, sendo pouco reflectidas. No entanto, podem ter tomado a decisão de matar nas 24 horas que antecedem o parto, pois na maioria das vezes sabem que está para chegar. Nesses casos, se for feita a prova – o que se afigura difícil na maioria dos casos – propugnamos então pela aplicação do homicídio qualificado, pois revela uma forte vontade criminosa, sendo de censurar a não ponderação feita quanto a prover outras opções de vida a um ser que ainda não nasceu. A decisão premeditada de matar um ser que ainda está para nascer revela um especial desrespeito pela vida humana. É de censurar, na lógica de Eduardo Correia, o facto de a parturiente não se ter deixado motivar por motivos sociais e ético-jurídicos e, assim, abandonar a decisão de praticar o facto ilícito típico, que veio a praticar sem qualquer hesitação⁵¹⁷ – facto esse que se demonstra por ter morto assim que deu à luz, praticando de imediato os actos que tinha planeado anteriormente.

Na ocultação da gravidez há-que ponderar também a aplicação do homicídio privilegiado. Não sendo uma situação enquadrável no artigo 136º, por não preencher o conceito de “influência perturbadora do parto” não podemos ignorar que por vezes, toda a circunstância atinente à gravidez e ao momento do parto podem integrar uma das circunstâncias privilegiadoras do artigo 133º e, assim, uma exigibilidade diminuída quanto ao facto praticado, desde que o agente seja dominado por esses estados de afecto no momento da prática do crime⁵¹⁸. A ocultação da gravidez seguida do homicídio do nascituro poderá integrar o elemento do “desespero”⁵¹⁹. Nestes casos estarão as situações nas quais a ocultação da gravidez se deu por esta ser fruto de uma violação. É compreensível que no momento do parto a parturiente seja acometida por um estado de angústia e revolta, ao ser confrontada com o produto da violação, evento da vida que tanto procura afastar da memória. O nascimento do bebé – que até esse momento procurava ignorar – pode ser visto como uma situação tão insuportável ao ponto de

⁵¹⁷ *Ibid.*, p. 450

⁵¹⁸ DIAS, Jorge de Figueiredo, *op. cit.*, pp. 82-83.

⁵¹⁹ *Ibid.*, p. 89.

justificar o homicídio, pois procura libertar-se dessa situação. A mulher pode ver na morte do nascituro a única forma de quebrar a ligação com o evento da violação e, assim, apagá-lo de vez da memória ou ser movida pela raiva do que lhe aconteceu e, sendo o bebé o produto desse evento, dirige toda a raiva para o mesmo, culminando na sua morte.

Não cremos que o homicídio do nascituro para ocultar a desonra possa ser fundamento para privilegiamento, pois se o pudesse ser então ter-se-ia mantido a cláusula de desonra no artigo 136º. Esta foi retirada por se considerar que na sociedade actual ter um filho não pode mais ser visto como uma desonra. Concordamos com esta posição, pois actualmente já não é dirigida uma censura tão forte a mulheres que engravidam fora de uma relação matrimonial, nomeadamente, por o matrimónio já não ter a importância que tinha antigamente e por já não ser considerado como um passo obrigatório na vida de um casal. A distinção entre filhos nascidos dentro do casamento ou fora do mesmo também já não é feita, acabou-se com a categoria entre filhos legítimos e filhos ilegítimos. O adultério não é punido criminalmente e não constitui fundamento para o divórcio, nomeadamente por o mesmo já não carecer de um fundamento relevante legalmente, bastando a mera vontade de separação. Assim, seja o recém-nascido filho de um homem casado ou de um relacionamento ocasional, a honra actualmente já não se vê ofendida pelo nascimento de um filho, mesmo que o pai não lhe seja reconhecido. É certo que essas mulheres serão sempre alvo de críticas, contudo, essas críticas não se intensificam ao ponto de para esta ser insuportável a convivência na sociedade, pela angústia sentida quanto à situação e, assim, justificar a morte de um ser humano. Não querendo a mulher que a gravidez seja descoberta tem sempre outras opções à sua disponibilidade: pode dar para adopção ou cuidar do recém-nascido no seu lar, com toda a privacidade que este lhe concede, enquanto aguarda por uma melhor solução para o recém-nascido. Os factos atinentes à gravidez podem ser sempre escondidos, da mesma forma que escondeu a gestação, não sendo, por isso, necessário revelar que o filho é fruto de uma relação incestuosa, com um homem casado ou qualquer outro motivo, pois são questões do seu foro interno que não tem obrigação de revelar. Assim, não será de privilegiar a actuação da mulher que esconde a gravidez e vem a matar o filho para ocultar a desonra, pois o parto pode também ser ocultado, preservando dessa maneira a vida do nascituro. Quando o momento do parto seja tido em casa e a parturiente mate o filho para que os pais não se apercebam do nascimento,

não estamos perante nenhuma das circunstâncias do artigo 133º, pois seria exigível que agisse de outra maneira, ou seja, tivesse o parto num local afastado da família e em segurança, não o tendo feito, a mulher contribuiu para esse estado de afecto – pânico e desespero – que a levou à prática do crime⁵²⁰.

Concluimos que quando estamos perante uma ocultação da gravidez seguida pelo homicídio do respectivo nascituro, e quando não se encontre preenchido nenhum dos casos que possa levar à aplicação do homicídio qualificado ou do homicídio privilegiado só restará punir por homicídio simples.

Nos casos de ocultação da gravidez, o momento do parto é entendido como tal pela gestante, que não perde a consciência da realidade, nem dos seus actos. Assim, quando a morte do nascituro aconteça sob a forma de omissão, é de censurar à parturiente o não empreendimento dos actos necessários à sobrevivência do nascituro, pelo que se esta não os realizar não preencherá o tipo legal do homicídio por negligência, mas sim o tipo legal do homicídio simples, do artigo 131º, sob a forma de omissão, pois há dolo quanto à verificação do resultado típico. A parturiente tinha a completa noção de que ao abandonar o nascituro este viria a falecer por não receber os devidos cuidados, sendo esse o motivo determinante para o abandono do mesmo. Assim, há um homicídio simples sobre a forma de omissão. É de considerar a existência do dever de garante da mãe sobre o filho, pois, apesar de não ter manifestado qualquer envolvimento emocional com o feto durante a gestação e de não o percepcionar como seu filho, a parturiente sabia que apenas ela poderia prover a sobrevivência do mesmo, ou seja, sabia que a vida do nascituro dependia exclusivamente da sua actuação, pois o facto de que durante 9 meses carregou uma vida no seu ventre não foi por ela ignorado, e por isso sabia que sobre ela impendia um dever especial de protecção sobre aquela vida. Dando à luz sem o auxílio de terceiros sabia que para além desse dever especial apenas ela o detinha naquele momento, pelo que é possível censurar pela não sobrevivência da vida que a mesma gerou e carregou dentro de si, conscientemente, ao longo de 9 meses.

Pode acontecer que a morte por omissão ocorra em virtude de desmaio pela parturiente no momento do parto – em casos de negação da gravidez, ou ocultação da mesma -, sendo durante esse instante que se dá a morte do nascituro. Nestes casos não há uma acção a ser imputável à mãe, pois a mesma perdeu os sentidos, não sendo aí

⁵²⁰ *Ibid.*, p. 83.

possível apurar se planeava matar ou não o nascituro. A negação da gravidez, e mesmo a ocultação, não são um indício de que a gestante tenha planeado matar o nascituro aquando o parto, portanto não poderemos deduzir que por ter “escondido” a gestação se a parturiente não tivesse desmaiado teria morto o nascituro, e que só desmaiou por não ter tido a criança no local adequado, ou seja, num hospital. O acto de desmaiar é sempre incontroável, pelo que não poderá ser censurada se o mesmo acontecer, ainda que a circunstância de não ter tido o parto no local adequado lhe possa ser imputável. Assim, não poderá ser responsabilizada criminalmente, pois não há um concreto facto a imputar à parturiente.

Alguns acórdãos parecem apontar no sentido de uma ocultação da gravidez ao invés de uma negação, assim é o caso do Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 02-11-2006⁵²¹, pois a arguida sentindo as contracções do parto, soube então que iria dar à luz, dirigindo-se a um terreno que sabia ser pouco frequentado, e atirou o recém-nascido para dentro do poço. Para além desse facto, dias depois retornou ao local para se assegurar de que o corpo do nascituro não se encontrava visível. Quando estamos perante casos de negação da gravidez que culminam com a morte do nascituro, o resultado será a amnésia dissociativa relativamente ao facto praticado, pelo que tal facto não se coaduna com a verificação dias depois de que o corpo do recém-nascido não tenha sido movido. É de notar que a arguida já tinha morto um recém-nascido sobre as mesmas circunstâncias um ano antes no mesmo local, tendo depositado o mesmo dentro do poço. É também o caso do Acórdão do Tribunal da Relação do Porto de 23-10-2013⁵²² – apesar de um dos relatórios periciais ir no sentido da existência de um fenómeno de despersonalização no momento do parto, não nos parece ser esse o caso, admitindo também a médica perita tratar-se de um caso de difícil resolução e de fronteira -, pois foi dado como provado que a arguida comprou uma cinta abdominal para esconder a gravidez – algo que só acontece quando se está consciente por longos períodos da existência de uma gravidez, sendo característico do fenómeno de ocultação. Para além disso, também o momento do parto foi esperado pela gestante que sentiu as contracções de madrugada e ao considerar que se aproximaria a chegada do mesmo,

⁵²¹ Processo nº 06P2933, Relatado pelo Conselheiro Rodrigues da Costa, disponível em <http://dgsi.pt/http://www.dgsi.pt/jstj.nsf/954f0ce6ad9dd8b980256b5f003fa814/bc9f77c62b76a889802572e4003892f9?OpenDocument&Highlight=0,Infantic%C3%ADdio>).

⁵²² Processo nº 423/10.7JAPRT.P1, Relatado pela Conselheira Maria do Carmo Silva Dias, disponível em <http://dgsi.pt/http://www.dgsi.pt/jtrp.nsf/56a6e7121657f91e80257cda00381fdf/1704629a681d380b80257c1a00508ddc?OpenDocument&Highlight=0,Infantic%C3%ADdio>).

ficou então todo o dia no quarto, que dividia com as irmãs quando se encontrava em casa dos seus pais, alegando perante as mesmas que se sentia indisposta e, portanto, não poderia sair. É de concluir então que a arguida escondeu a gravidez com medo da repulsa dos pais e para não dar um desgosto à mãe que se encontrava em fase terminal da vida, tendo sido esse o motivo que a levou ao homicídio do recém-nascido, para que a mãe – que se encontrava no quarto ao lado – não ouvisse o choro da criança, vindo então a sua gravidez a ser descoberta. No sentido de ocultação da gravidez, parece ir também o caso do acórdão de 29-03-2011 do Tribunal da Relação de Lisboa⁵²³. Apesar de alguns peritos alegarem uma possível negação da gravidez, não podemos concordar com tal hipótese, tendo em conta que a arguida justificou sempre os sintomas da gravidez com a existência de um tumor e que a hora do parto foi por ela esperada, tendo em conta que no dia anterior disse às colegas de escola que não iria comparecer no dia seguinte e que quando voltasse já não viria com barriga.

A jurisprudência Portuguesa não é nítida quanto a saber se se trata de uma possível negação da gravidez ou de uma ocultação deliberada, tendo em conta que não aprofunda da forma adequada os antecedentes do parto e o estado psicológico da gestante, bem como a interacção com terceiros. O acórdão do Supremo Tribunal de Justiça, de 26-11-2015⁵²⁴ suscita dúvidas consideráveis acerca da existência de uma negação da gravidez. A arguida, casada e mãe de dois filhos, teve o parto de uma criança na casa-de-banho na escola onde dava aulas, vindo, alegadamente a matar o nascituro. Pela análise de testemunhos, apurou-se que nem todos os que contactavam com a arguida sabiam da gravidez, e alguns não tinham a indicação do tempo de gestação, alegando que umas vezes a arguida negava a gravidez, e noutras a escondia. Ora, na negação da gravidez é frequente que a gestante oscile entre a negação e a confirmação. Não é de ignorar o facto de ter sofrido anteriormente um aborto, pelo que a gestação actual poderia ter sido confundida – na mente da arguida – com essa anterior gravidez. Não é possível apurar que tenha ocultado a gravidez, nomeadamente por não terem sido apresentadas justificações para os sintomas da gravidez, e o momento do parto não foi pela arguida

⁵²³ Processo nº 288/09.1GBMTJ.L1-5, relatado pelo Conselheiro Jorge Gonçalves, disponível em <http://dgsi.pt> (<http://www.dgsi.pt/jtrl.nsf/33182fc732316039802565fa00497eec/8128b9801996b3c18025788d003ad395?OpenDocument&Highlight=0,Infantic%C3%ADdio>).

⁵²⁴ Processo nº150/11.8JAAVR.C1.S1, relatado pela Conselheira Isabel Pais Martins, disponível em <http://dgsi.pt> (<http://www.dgsi.pt/jstj.nsf/954f0ce6ad9dd8b980256b5f003fa814/b75c3d7f6e749ec280257f330058aa70?OpenDocument&Highlight=0,homic%C3%ADdio,rec%C3%A9m-nascido>).

esperado. Também as circunstâncias da morte do nascituro suscitam algumas dúvidas, por não termos a certeza de que se tenha tratado de um acto de homicídio, podendo a morte ter sido o resultado da omissão de cuidados. Assim, por não existir a certeza das circunstâncias da morte, nem da existência de uma anterior negação de gravidez, deveria o Tribunal ter resolvido o caso de acordo com o princípio *in dubio pro reu*, e punir a arguida pelo crime de infanticídio, nos termos do artigo 136º.

Apesar de por vezes, se tratar de casos de negação da gravidez ou de ocultação da mesma, não parece adequado censurar à mulher o facto de no momento do conhecimento da gestação e por a mesma ser indesejada, não ter optado por recorrer à interrupção voluntária da gravidez, como é feito em alguns acórdãos⁵²⁵. Apesar de ser permitida pelo ordenamento jurídico Português não parece considerável que se censure a prática de um homicídio – ainda mais do que aquela que lhe é dirigida pela violação do bem jurídico - pelo facto de não ter decidido tirar a vida de um ser humano no momento em que soube da sua existência, nomeadamente por não ser possível apurar se foi a partir desse momento que decidiu tirar a vida ao recém-nascido, o que não parece também ser o propósito quando decidem ocultar a gravidez, pois se têm a capacidade para se decidir desde logo a matá-lo, então fá-lo-iam legalmente. Tal censura torna-se ainda mais grave quando o Tribunal censura a arguida por não ter recorrido à interrupção voluntária da gravidez clandestina⁵²⁶.

⁵²⁵ Neste sentido, o voto de Vencido do Conselheiro Santos de Carvalho no Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 11 de Outubro de 2012 (processo nº 288/09.1GBMTJ.L2.S1), relatado pelo Conselheiro Manuel Braz, disponível em <http://dgsi.pt> (<http://www.dgsi.pt/jstj.nsf/954f0ce6ad9dd8b980256b5f003fa814/06a9ac40c2b1161580257ad1005741a7?OpenDocument&Highlight=0,288%2F09.1GBMTJ.L2.S1>).

⁵²⁶ Neste sentido, o Acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa de 29 de Março de 2011 (processo nº288/09.1GBMTJ.LI-5), relatado pelo Conselheiro Jorge Gonçalves, disponível em <http://dgsi.pt> (<http://www.dgsi.pt/jtrl.nsf/33182fc732316039802565fa00497eec/8128b9801996b3c18025788d003ad395?OpenDocument&Highlight=0,288%2F09.1GBMTJ.LI-5>).

8. As perturbações pós-parto e o artigo 136º do Código Penal

Feita a análise das perturbações que têm origem após o parto concluímos que estas surgem, pelo menos, um dia após dar à luz e não durante o parto.

8.1. *Maternity Blues*

Creemos que o fenómeno do “*maternity blues*” não gera o infanticídio, as puérperas apenas se sentem num estado melancólico, contudo, esse estado não se reflecte em sentimentos negativos relativamente ao bebé, mas, sim, em relação ao seu novo papel de mãe devido a todas as mudanças que ocorrem subitamente na sua vida – relativamente ao período que antecedeu a gestação e o referente ao mesmo. Não se encontram com uma consciência diminuída e não apresentam pensamentos de morte dirigidos ao recém-nascido nem a elas próprias. Assim, este fenómeno não é susceptível de preencher o tipo legal do crime de infanticídio, pois o mesmo assenta numa influência perturbadora do parto que diminua a consciência da mulher – sem que, contudo, a coarte totalmente -, o que não acontece. Pelo que, será aqui de afastar a doutrina de Augusto Silva Dias que entende que o conceito de “influência perturbadora do parto” presente no artigo 136º do CP se refere a este estado de melancolia do parto que no entanto, não é sequer considerado como um transtorno.

8.2. Transtornos de ansiedade

Também os transtornos de ansiedade não são uma causa do infanticídio. Estes transtornos, na maioria, ocorrem devido ao receio que a mãe sente de que algo prejudicial possa acontecer ao nascituro. Não levam a uma diminuição da consciência, e são estados susceptíveis de se desenvolver em qualquer fase da vida, e em qualquer indivíduo.

O transtorno obsessivo-compulsivo é o que suscita mais dúvidas, tendo em conta que as mães imaginam muitas vezes o bebé a morrer ou a ser morto por elas, contudo, nos

estudos realizados em mulheres que sofriam ou sofreram deste transtorno ficou apurado que o mesmo não leva ao homicídio do nascituro, esses pensamentos não são exteriorizados, nomeadamente por a mulher não os pretender ter, são apenas pensamentos obsessivos que são encarados com repulsa. É por serem pensamentos tidos como indesejáveis que se enquadram neste transtorno, pois o comportamento da parturiente que tem esses pensamentos é o de verificar que as circunstâncias não são propícias para que tal aconteça. Ou seja, se esta imagina o bebé a morrer por um ataque súbito de abelhas, então irá fechar todas as janelas, ou se está com o bebé ao colo e se imagina a deixá-lo cair para que este morra, irá pousá-lo nalguma superfície. Assim, apesar de afectar emocionalmente a mulher, não afecta directamente a sua consciência, e não se traduz em sentimentos negativos face ao recém-nascido, muito pelo contrário, os comportamentos compulsivos são um indício de que esta não pretende fazer mal ao bebé.

Contudo, se existirem casos de morte de um recém-nascido, nomeadamente por negligência, este distúrbio deverá ser tido em conta na aplicação da pena, pois tal perturbação não é susceptível de enquadrar o tipo legal do infanticídio nem qualquer outro ilícito típico.

8.3. Depressão pós-parto

A depressão pós-parto é a perturbação mais comum que acomete o período do pós-parto, por isso é frequentemente o quadro associado ao conceito de “influência perturbadora do parto”. Na depressão pós-parto apesar de poderem ter pensamentos negativos e violentos em relação ao bebé, mantêm a consciência de que a exteriorização desses pensamentos é errada e, por isso, nem sempre actuam⁵²⁷. Ou seja, têm a consciência de que o homicídio do recém-nascido é uma conduta errada, e que as circunstâncias não o justificam.

Não entendemos que a depressão pós-parto possa enquadrar o conceito de “influência perturbadora do parto”, nomeadamente por esta ser uma depressão associada à maternidade. Vimos que os factores de risco do desenvolvimento deste transtorno são

⁵²⁷ WALKER, April J., *op. cit.*, p. 200.

factores psicossociais e que se pode manifestar até aos 2 anos de idade do recém-nascido. Assim, uma mãe que mata o filho motivada por uma depressão pós-parto não estará a actuar mediante as alterações acometidas no seu organismo pelo efeito de dar à luz, mas, antes, por uma falta de adaptação à maternidade, pela fraca vinculação com o filho, ou por motivos sociais.

O artigo 136º prevê uma atenuação para a mãe que matar o filho sobre a influência perturbadora do parto, pois esta é uma condição específica do género feminino. Ora, uma depressão é um distúrbio unissexuado, ou seja, pode acometer ambos os sexos, sendo que a depressão pós-parto se poderá desenvolver também em homens. Há-que ter em consideração que os sintomas da depressão pós-parto são os mesmos sintomas que os de uma depressão nos termos gerais, sendo delimitadas apenas por um acontecimento: o parto⁵²⁸. A depressão pós-parto tem essa designação pois só se manifesta após o parto, por ser a partir desse momento que a mulher adquire o papel de mãe de um Ser com existência no mundo real, sendo necessário a prestação de cuidados ao mesmo. O que leva à depressão pós-parto é um conjunto de factores psicológicos e sociais que só têm conexão com o parto por surgirem após o mesmo.

Concluimos então que a depressão pós-parto não está em estreita conexão com o facto de dar à luz mas sim com a maternidade (ou paternidade), pelo que numa lógica de igualdade perante a lei, os casos de homicídio de uma criança deverão ser integrados num outro tipo legal de homicídio que não o infanticídio, pois esta depressão é susceptível de se desenvolver tanto em mulheres como em homens, e sendo nos seus sintomas e efeitos similar à depressão fora do pós-parto deverá ser julgada de forma igualitária face à mesma.

O risco de desenvolver uma depressão pós-parto pode ser maior nas primeiras semanas após o parto, mas, posteriormente, volta a ser o mesmo que noutras fases da vida. O parto é visto como um estímulo específico para o desenvolvimento da depressão, mas ao seu surgimento têm também de estar associados factores psicossociais⁵²⁹.

Contudo, teremos de equacionar os casos nos quais a mãe desenvolve uma depressão pós-parto nas semanas imediatamente a seguir ao parto – portanto ainda dentro do

⁵²⁸ HILDEBRANDT, Fernanda, *op. cit.*, p. 6.

⁵²⁹ MARQUES, Mariana, *op. cit.*, p. 39.

período de 8 semanas no qual ainda se fazem sentir as alterações hormonais do parto, podendo ter sido este um dos factores para o seu aparecimento – e vem a matar o nascituro dentro desse prazo, nomeadamente devido à exaustão que sente devido à falta de sono e aos cuidados com o nascituro. Entendemos que ainda neste caso não será de aplicar o tipo legal de infanticídio, pois a depressão pós-parto não leva à diminuição da consciência quanto aos actos praticados, ainda que o seu aparecimento esteja em estreita conexão com o parto. No momento da prática do facto a mulher está consciente do acto que está a praticar, e tem noção da sua ilicitude.

No entanto, em alguns casos de homicídio do nascituro será de ponderar a aplicação do homicídio por negligência, pois pode acontecer que a intenção da mãe não seja a de matar o recém-nascido, mas, todavia, a de o silenciar por alguns minutos, por não aguentar mais o choro do bebé, acreditando então que a sua conduta não levaria à morte do mesmo, pelo que não é possível configurar aqui um dolo. Assim, o diagnóstico da depressão pós-parto será apenas relevante na aplicação da medida da pena. Esta situação não poderá ser enquadrada no tipo legal de infanticídio por este não prever a negligência, e por a depressão pós-parto não levar à culpa diminuída exigida pela lei.

Também não consideramos que possa enquadrar nenhuma das circunstâncias do homicídio privilegiado, pois ainda que sob uma perturbação e com as alterações hormonais decorrentes do parto, o acto de matar só se poderia enquadrar no conceito de “emoção violenta”, por ser uma emoção esténica – irritação. Contudo, não se considera essa emoção como compreensível, pois o homem médio nessa situação não se reveria na forma como a mulher lidou com a situação⁵³⁰ – matando o recém-nascido – sendo esta uma reacção exagerada, não gerando uma menor consciência da ilicitude do facto, e não sendo justificável pelas circunstâncias atinentes. Novamente, não estamos perante uma situação específica da condição feminina, também o homem pode matar o recém-nascido devido à exaustão sentida pelos cuidados com o mesmo e pela falta de noites de sono. Há-que ter em atenção também que é a mulher quem assume a maioria das funções maternas, sobretudo nos primeiros dias de vida do filho, contudo, entendemos que o espectro do artigo 136º é a aplicação do privilegiamento a situações que só possam ser sentidas pela condição biológica de se ser mulher.

⁵³⁰ ALBUERQUE, Paulo Pinto de, *op. cit.*, p. 357.

O homicídio do filho por mães que sofrem de depressão pós-parto são mais comuns em crianças de idade superior a 1 ano e não a recém-nascidos, estando a aplicação do artigo 136º pensada para a morte de recém-nascidos. No entanto, apesar de alguns casos de homicídio motivado pela depressão pós-parto não se encontrarem no tipo legal do infanticídio podemos estar perante um homicídio privilegiado, na medida que, muitas vezes as mães actuam com o intuito de salvar o filho do pai – por sofrerem de violência doméstica ou outros abusos – ou por terem a pretensão de se vir a suicidar e, por isso, entendem que o melhor será levar o filho com elas, para não viverem sem mãe. Nestes casos será difícil saber se se trata de uma depressão pós-parto ou de uma depressão normal, visto os sintomas não diferenciarem muito. Aqui propugnamos pela aplicação do homicídio privilegiado – por desespero -, pois o que motiva a prática do facto é precisamente o amor sentido pelas mães em relação aos filhos, e não o contrário, o dever de garante não é por elas ignorado e é por terem a consciência do mesmo que praticam o facto típico, pois entendem que só elas podem proteger o filho e não se encontram capazes disso. Assim, tal será susceptível de afastar o artigo 132º alínea a), pois o grau de parentesco é motivo intrínseco para a prática do facto, bem como a alínea c), pois é essa especial indefesa em razão da idade que fundamenta o homicídio, por acreditarem que o filho não se poderá defender sozinho das agressões externas e que esta não o poderá proteger mais. As outras alíneas serão de ponderar face ao caso concreto, contudo, não nos parece que o homicídio de um filho motivado pelo amor que sente em relação ao mesmo, e que sofra de depressão pós-parto, revele uma especial censurabilidade ou perversidade exigida no nº1 para a aplicação do tipo legal.

Contudo, também existem aqueles casos que apesar da comprovada existência de um diagnóstico de depressão pós-parto, o homicídio dos filhos não tem qualquer motivo altruístico associado ao mesmo, mas sim para causar sofrimento ao pai dos filhos ou outros motivos sociais e/ou financeiros. No primeiro caso podemos estar perante um homicídio qualificado, nomeadamente pela alínea a), pois os laços familiares já se encontram estabelecidos e o grau de parentesco encontra-se fortemente reconhecido. No segundo – por motivos sociais e/ou financeiros – não se justifica a aplicação de um homicídio privilegiado, contudo, poderão obstar à aplicação do homicídio qualificado.

8.4. Psicose Puerperal

A psicose puerperal é a mais grave de todas as perturbações pós-parto, esta não deixa dúvidas quanto ao preenchimento do tipo legal. A mulher apresenta-se com um quadro da realidade alterada e, por isso, não percepção os factos como os são na realidade, mas, sim, de forma alucinatória, num quadro completamente alterado. Vê no recém-nascido uma fonte de perigo para si ou para o próprio, sendo a morte percebida como a salvação. Assim, tem a vontade de praticar o facto típico e a consciência de que o mesmo é ilícito, contudo, acredita que o faz por um bem maior e, nessa medida, afigura-se que a consciência que tem dos factos se encontra diminuída.

É bastante comum que nos casos de psicose puerperal, a mãe alegue que foi Deus ou o Diabo que a ordenou a matar o filho, assim, alguns autores entendem ser através dessa motivação que se poderá perceber se ao tempo da prática dos factos a autora sabia ou não que o acto era errado, por isso entendem que se quem ordenou terá sido Deus então a parturiente pensava que agia da forma correcta, contudo, se foi o Diabo a dizer para matar o filho, então sabia que o acto era errado, escolhendo, todavia, praticá-lo⁵³¹. Esta distinção não nos parece correcta para avaliar a consciência do facto, pois o motivo da morte continua a ser de origem psicótica, e a mulher pode entender que apesar de ser o Diabo a dizer para matar, tal possa ser a salvação para o filho ou para o Mundo e, nessa medida, ser a forma correcta de agir.

Existem alguns casos de mães infanticidas que mataram os filhos recém-nascidos porque Deus ou o Diabo assim o mandou fazer, mas justificam o desaparecimento do filho com histórias de rapto ⁵³². O facto de criarem outras narrativas para o desaparecimento da criança não significa que não se encontrem num estado emocional alterado e que a psicose seja falsamente alegada. Nas mulheres infanticidas, devido à psicose puerperal, a realidade está alterada e em virtude disso matam os filhos por considerarem como a forma correcta de agir, contudo, isso não lhes retira a consciência de que aos olhos de terceiros e da lei esse acto está errado e serão punidas por isso e,

⁵³¹ WALKER, April J., *op. cit.*, p. 197.

⁵³² Assim sucedeu com Sheryl Lynn Massip, que atropelou o filho de 1 mês com o seu próprio carro e o depositou no lixo, tendo dito ao marido que aquele tinha sido raptado. Os psiquiatras que fizeram a avaliação psicológica de Sheryl alegaram que a mesma tinha pensamentos suicidas e alucinações, pensando que o seu filho era o Diabo, *in* FRIEDMAN, Susan Hatters, SORRENTINO, Renée, *op. cit.*, p. 328.

assim, será natural que tentem esconder o crime por elas praticado. No entanto, esse crime não é para elas encarado como errado, mas, ao invés, como um meio necessário para a salvaguarda de um bem maior.

É precisamente o facto de ainda manterem a consciência da ilicitude do facto e, por isso saberem que o mesmo é errado perante a lei e, ainda assim, se decidirem a matar o nascituro que justifica que sejam tidas como imputáveis diminuídas e não inimputáveis. A capacidade de determinação relativamente à avaliação que têm da ilicitude encontra-se diminuída, mas não totalmente afectada. Percepcionam que o acto é errado, mas em virtude das alucinações e dos delírios, não se encontram totalmente capazes de reflectir sobre o acto que estão a praticar.

A psicose puerperal distingue-se das restantes psicoses, sendo um transtorno psicótico específico. Os transtornos psicóticos encontram-se divididos entre psicoses exógenas e psicoses endógenas. As primeiras – psicoses exógenas – são doenças mentais, caracterizando-se através da presença de fenómenos psicóticos ao longo da vida do indivíduo, que fogem ao quadro de uma vida psíquica normal, resultando em cortes na continuidade e sentido da vida do sujeito. O seu aparecimento está associado a uma lesão orgânica, exterior à mente, compreendendo-se assim, as doenças de origem genética – síndrome de down e alzheimer – e, as doenças com uma origem traumática – traumatismos encefálicos decorrentes de acidentes. As segundas – psicoses endógenas – são doenças mentais, presumivelmente doenças patogénicas, que tiveram origem na mente do indivíduo, como por exemplo, uma deficiência cerebral. Nesta categoria encontra-se a esquizofrenia e o transtorno bipolar⁵³³. Neste tipo de psicoses há um completo desarranjo intelectual, afectando as faculdades mentais e privando o indivíduo do uso da razão, determinando a inconsciência, por enfraquecimento da actividade psíquica, sendo o que justifica a aplicação do regime da inimputabilidade⁵³⁴. As psicoses podem fundamentar estados de inimputabilidade ou imputabilidade diminuída, tendo em conta que afectam drasticamente a percepção que o indivíduo faz da realidade, conduzindo a falsas noções acerca da mesma, impedindo a rectificação das considerações feitas a partir das evidências que apreende do mundo exterior. Os sintomas mais frequentes são: distanciamento da realidade, delírios, alucinações e,

⁵³³ COSTA, Joana, A relevância jurídico-penal das perturbações da personalidade no contexto da inimputabilidade, Lisboa, Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, 2010, Relatório do seminário de Criminologia não publicado, pp. 4-5.

⁵³⁴ SILVEIRA, José dos Santos, *op. cit.*, pp. 79-86.

alterações de personalidade e de humor. Constroem um mundo em paralelo, afastado daquele que constitui a realidade em que vivem. Assim, um agente que sofre de transtornos psicóticos não é, frequentemente, considerado como imputável, pois muitas das suas acções são a manifestação de personagens fictícias, alterações de personalidade que não permitem a consciência da ilicitude de um comportamento, ou de delírios que lhe retiram a capacidade de reacção⁵³⁵.

Consideramos que a psicose puerperal será uma causa de imputabilidade diminuída e não uma causa de inimputabilidade. A referida perturbação afere-se apenas quanto a um elemento específico, ou mais concretamente, quanto a um objecto específico – o filho – pois é ele o alvo dos delírios e alucinações, sendo, portanto, o alvo da perturbação. Os efeitos advindos da referida perturbação não se estendem a quaisquer outros sujeitos, seria expectável que os delírios se manifestassem também quanto ao parceiro, por ser este o mais próximo da mulher, contudo, isso não sucede.

Apesar da diminuição das capacidades cognitivas da mulher, que a impedem de distinguir o que é real do que não é, esta ainda mantém uma inteira consciência do que é ilícito. Sabe que matar o filho não é um acto correcto, ainda que seja para a salvaguarda de um bem maior, tem a consciência de que não se deve tirar a vida de uma outra pessoa, não se deixando motivar pelo laço de parentesco que mantém com o filho, não preservando a vida do mesmo, sendo ainda mais censurável tendo em conta o dever de garante que lhe compete enquanto mãe.

Assim, tem a capacidade de avaliação da ilicitude, contudo, em virtude dos delírios e alucinações dos quais padece, a capacidade para se determinar de acordo com essa avaliação encontra-se diminuída. Assim, justifica-se que seja julgada enquanto imputável diminuído e não inimputável. É possível dirigir-se lhe uma censura tendo em conta tratar-se da vida do próprio filho, que não deveria sacrificar em caso algum, nomeadamente devido ao especial dever que aos pais incumbe.

Se a morte do recém-nascido ocorrer devido à omissão da prestação de cuidados necessários à sobrevivência do mesmo ou para evitar a morte devido a uma concreta situação será de aplicar ainda o crime de infanticídio, pois o mesmo pode ser praticado sob a forma de omissão.

⁵³⁵ MONTEIRO, Elisabete Amarelo, *Crime de homicídio qualificado e imputabilidade diminuída*, Coimbra, Coimbra editora, 2012, pp. 114-115.

Quanto ao marco temporal teremos de distinguir dois eventos: o aparecimento dos primeiros sintomas da psicose puerperal e o homicídio do nascituro. Frequentemente a morte do recém-nascido não ocorre imediatamente a seguir ao aparecimento dos primeiros sintomas. Regra geral, surgem os primeiros sintomas e só após algumas semanas (ou até meses) é que pratica o facto típico. Esse facto prende-se com o desenvolvimento da psicose e com a crença na mulher de que deverá matar o filho, pois tal só acontece após várias alucinações e delírios com vozes que lhe dizem que o deverá matar. Assim, o importante será o diagnóstico da psicose puerperal e a sua relação com o homicídio e com o parto. Se a morte do mesmo só se der alguns meses após o parto, e for motivada pela psicose puerperal será possível subsumir esse facto ao artigo 136º, pois o aparecimento da psicose deu-se devido às alterações hormonais provocadas pelo parto, sendo que não se afigura necessário que esse quadro hormonal se mantenha para que possa existir ainda a psicose puerperal, pois assim que esta surge será necessário o tratamento para que desapareça. É como um vírus que se instala na mente do indivíduo e lá permanece ainda que as circunstâncias que lhe tenham dado vida se tenham alterado.

Teremos de ter em consideração os casos como os de Andrea Yates, que matou os 5 filhos em virtude de uma psicose puerperal desenvolvida no nascimento do 5º filho, apesar de também já ter sofrido do mesmo diagnóstico aquando o nascimento do primeiro filho. Do artigo 136º resulta que a norma só será aplicável quando a mãe mate o filho recém-nascido, e tenha sido aquele que ela deu à luz, por sentir os efeitos do parto quanto ao mesmo. Assim, nestes casos só seria de aplicar o crime de infanticídio ao filho recém-nascido e quanto aos outros aplicar-se-iam outros tipos legais de homicídio. Contudo, essa solução não nos afigura correcta, tendo em conta que a psicose se manifesta relativamente a todos os filhos, a mãe mata os filhos por acreditar que é necessário a salvação de todos eles e não de apenas um. Portanto, apesar de a psicose surgir em estreita conexão com o parto, os seus efeitos estendem-se a todos os filhos, pois está perante uma outra realidade. Um indício de que a psicose puerperal surge apenas em relação com os filhos está o facto de que estas mulheres só matam os descendentes, não matam, por exemplo, o marido ou outros familiares. Pelo que se conclui que a psicose puerperal surge devido às alterações hormonais do parto, e o objecto das alucinações e delírios são os filhos da parturiente. É de ressaltar também que em alguns casos pode já na primeira gravidez ter existido uma psicose puerperal,

cujos efeitos desapareceram ou não foram tão graves, e o aparecimento de uma outra psicose vem acentuar os efeitos da anterior, contribuindo para que esta seja ainda mais grave.

Concluimos então que das perturbações pós-parto só a psicose puerperal é susceptível de enquadrar o tipo legal do crime de infanticídio, por preencher o conceito de “influência perturbadora do parto”, não sendo, no entanto, necessário que a morte do nascituro se dê imediatamente após o parto, bastando a prova de que à data da prática dos factos a parturiente sofria de uma psicose puerperal, tendo sido a presença desse estado que a levou à prática do crime.

9. O infanticídio enquanto expressão da Desigualdade de Género

Alguns ordenamentos jurídicos contêm leis penais sobre o infanticídio, aplicando penas atenuadas para a mulher que pratica este crime. Assim é o caso de Portugal, Reino Unido e Austrália, cujas leis foram inspiradas no *Infanticide British Act* de 1922, emendado em 1938. Já os Estados Unidos, não fazem distinção entre infanticídio e outros casos de homicídio, sendo que a única atenuação a aplicar à mulher infanticida será pela aplicação do estatuto de insanidade mental⁵³⁶.

O *Infanticide British Act* atenua a culpa da mãe que matou o filho com idade inferior a 12 meses, por considerar essa actuação menos culposa que no homicídio, quando esta tenha cometido o crime com a razão afectada por ainda não ter recuperado psiquicamente dos efeitos de dar à luz⁵³⁷. Inicialmente baseava-se nos efeitos da lactação, mas actualmente essa perspectiva encontra-se ultrapassada⁵³⁸. São dirigidas críticas a esta legislação, por considerarem que nela existe um manto de protecção, que faz aplicar o infanticídio a casos em que a mulher matou o filho com um motivo racional, como por este ser indesejado e não por estar perturbada. Não tem em conta o caso concreto, aplicando-se a todos os casos de mulheres que matam os próprios filhos de idade inferior a 1 ano. Consideram que a legislação Britânica e Canadiana também invoca um problema, ao não diferenciarem as perturbações mentais do pós-parto que podem levar ao infanticídio, criando com isso uma presunção de que todas as perturbações que se manifestam nesse período poderão levar à prática do crime⁵³⁹. O *Infanticide Act* pressupõe que todas as mulheres que dão à luz ficam temporariamente dementes e por isso não podem ser responsabilizadas pelos actos que praticam.

O homicídio de um filho por parte dos progenitores escandaliza a sociedade, pelo facto de matarem o próprio filho, pela idade da criança, e pela forma vulnerável e

⁵³⁶ CARVALHO, Ana Sofia, “Penalização do crime de infanticídio: concepções dos estudantes universitários Portugueses”, Minho, Escola de Psicologia da Universidade do Minho, 2014, Dissertação de mestrado não publicada, p. 1.

⁵³⁷ CRAIG, Michael, “Perinatal risk factors for neonaticide and infant homicide: can we identify those at risk?”, in *Journal of the Royal Society of Medicine*, 97, 2, Fevereiro, 2004, disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1079289/>.

⁵³⁸ FRIEDMAN, Susan, CAVNEY, James, RESNICK, Philip, “Mothers who kill: evolutionary underpinnings and infanticide law”, in *Behavioral Sciences and the Law*, 30, Setembro, 2012, p. 587 (585-597).

⁵³⁹ STANGLE, Heather Leigh, “Murderous Madonna: femininity, violence, and the myth of postpartum mental disorder in cases of maternal infanticide and filicide”, in *William & Mary Law Review*, vol. 50, 2008, pp. 719-720 (699-734).

inocente como são caracterizadas⁵⁴⁰. Quando o crime é praticado por uma mulher, a forma como esta é vista pela sociedade varia em dois polos: aquele no qual é considerada como uma vítima, tal como a criança, encarcerada na difícil situação da maternidade, com a qual não sabe lidar, isolada e louca⁵⁴¹; e, no outro, como má e imoral – sendo esta a visão mais frequente – no qual consideram o crime como um acto premeditado e consciente e uma maldição para a sociedade, por romper com os conceitos pré-estabelecidos de fornecimento de amor e carinho de uma mãe para com os filhos⁵⁴². De acordo com a primeira perspectiva, a sociedade tende a desculpar o crime por considerar que a mulher se encontrava insana no momento da prática do facto, preservando assim o estereótipo feito quanto ao sexo feminino e à maternidade⁵⁴³. De acordo com a outra perspectiva, a mulher é vista de uma forma geral como um monstro, pois acreditam que a morte do próprio filho desafia as leis da natureza, por ser contra o ser maternal para o qual a mulher está programada biologicamente⁵⁴⁴. Muitos consideram que o infanticídio constitui uma negação da relação natural entre mãe e filho, aniquilando assim os laços afectivos que existem ou deveriam existir⁵⁴⁵.

Durante muito tempo o único papel da mulher na sociedade foi apenas o da maternidade. A sua função era a da reprodução e prestação de cuidados aos filhos, os seus desejos teriam de se limitar ao desejo de ser mãe, nada mais lhe era permitido. O que validava o papel da mulher na sociedade era o facto de ser mãe, só assim é que poderia ser nesta inserida, pois era a sua função social, aquilo para o qual nasceu tendo em conta a biologia. Este papel da mulher criou uma romantização à volta da maternidade, sendo assim encarada como um período de extrema felicidade, pelo qual todas as mulheres devem passar e ambicionar como o maior sonho das suas vidas. Apesar da evolução da mulher na sociedade, com uma multiplicidade de papéis que pode desempenhar, nomeadamente tendo em conta a carreira e nem sempre chegando a ser mãe, algumas vozes continuam a perspectivar a mulher como um ser que nasceu para procriar e apenas para isso. Assim, entendem que o amor que acompanha a

⁵⁴⁰ KOHM, Lynne, LIVERMAN, Thomas Scott, “Prom mom killers: the impact of blame shift and distorted statistics on punishment for neonaticide”, in *William & Mary Journal of Women and the Law*, vol. 9, 2002, p. 47 (43-71).

⁵⁴¹ CARVALHO, Ana Sofia, *op. cit.*, p. 3.

⁵⁴² SANTOS, Katia Alexandra dos, TFOUNI, Leda Verdiani, *op. cit.*, p. 249.

⁵⁴³ PERLIN, Michael L. “She breaks just like a little girl: neonaticide, the insanity defense, and the irrelevance of ordinary common sense”, in *William & Mary Journal of Women and the Law*, vol. 10, p. 2003, p. 6 (1-31).

⁵⁴⁴ SANTOS, Katia Alexandra dos, TFOUNI, Leda Verdiani, *op. cit.*, pp. 249-251.

⁵⁴⁵ ANTIC, Iva, “Neonaticide”, in *Law and Politics*, vol.15, nº3, p. 212 (211-221).

maternidade faz parte da natureza feminina, tendo sido para isso que nasceu. Por isso, todas as mulheres que matam os filhos, à nascença ou não, rompem com o seu próprio papel, e são vistas como anormais⁵⁴⁶.

A imagem que se faz da mulher infanticida relaciona-se com a forma como a maternidade é vista. É encarada como uma fase de felicidade para todas as mulheres que dão à luz e, por isso, outras mulheres têm dificuldade em aceitar que uma mãe possa matar o filho, e não se identificam com quem pratica um crime desta natureza⁵⁴⁷.

As mulheres que apesar de matarem o próprio filho se encontram dentro do estereótipo do sexo feminino são vistas apenas como loucas, enquanto que aquelas que fogem ao estereótipo são tidas como más⁵⁴⁸.

As concepções acerca da mãe que pratica infanticídio influenciam a forma como o tipo legal é encarado, e qual a punição a ser aplicada. Assim, formam-se correntes doutrinárias de apoio ao tipo legal, e outras que se manifestam contra o mesmo.

A favor do tipo legal do crime de infanticídio encontra-se uma corrente mais benevolente, na qual a mulher é percepcionada como doente à data da prática dos factos, considerando que matou os filhos devido a esse estado emocional, pois de outra forma não o teria feito. Assim, mostram-se a favor de uma pena atenuada ou de tratamento psiquiátrico. A punição a aplicar à mulher é diferenciada, mas no geral, todos avançam no mesmo sentido: o de uma punição mais fraca.

Entendem que por vezes o infanticídio é visto como a única forma que as mulheres têm de se libertar das correntes da maternidade, que acaba por se traduzir num comportamento autodestrutivo, e não com a intuição de causar danos à vida do filho. O reconhecimento da maternidade enquanto uma experiência isolada motiva a compaixão da sociedade em relação a estas mulheres. Não se identificam com elas, mas identificam-se com a falta de suporte que acreditam estar na base do crime⁵⁴⁹.

⁵⁴⁶ OLIVEIRA, Anne de, “Entre infanticídio e homicídio: o estado puerperal e a resposta penal para mulheres que matam os seus filhos”, Faculdade de Direito da Universidade de Brasília, 2016, Dissertação de conclusão de curso não publicada, pp. 12-14, disponível em <http://bdm.unb.br/handle/10483/16093>.

⁵⁴⁷ BANGS, Elizabeth T., *op. cit.*, p. 99.

⁵⁴⁸ MARCH, Christie L., “The conflicted treatment of postpartum psychosis under criminal law”, in *William Mitchell Law Review*, vol.32, 2005, p. 251 (243-263).

⁵⁴⁹ BANGS, Elizabeth T., *op. cit.*, p. 106.

Quando o ordenamento jurídico não legisla acerca do infanticídio consideram existir uma discriminação legal das mulheres face aos homens, pois quando legislam sobre o homicídio têm sempre presente o ideal de que se trata de um homem. Assim, quando a mulher é julgada, é-o sob parâmetros masculinos, ou seja, o concreto facto típico e o seu modo de vida são julgados à luz das noções de culpa pensadas para o sexo masculino. Para esses autores, essa perspectiva da lei não se encontra correcta porque as mulheres não se enquadram no perfil tradicional de homicida, por ter sido criado para os homens e pelos homens e, assim, também não estão abrangidas pela protecção da lei. Quando as mulheres praticam crimes violentos são caracterizadas através de traços masculinos para que possam preencher o tipo legal. Assim, para que possam ver a sua culpa mitigada têm de enquadrar o facto típico na estrutura criminal masculina. É nessa equiparação de mulheres a homens que reside a discriminação quanto ao género, pois as oportunidades para que possam ser julgadas de igual forma ficam limitadas. Consideram também que as legislações acerca do infanticídio falham em reconhecer o papel da maternidade, pois só têm em atenção o facto de dar à luz e os consequentes efeitos no organismo, ficando assim excluída a psicose puerperal como uma possível atenuação da culpa. As noções romantizadas sobre o que é ser mãe dificultam a defesa penal das mulheres que matam os filhos sobre os efeitos da psicose⁵⁵⁰.

Entendem que os tribunais quando julgam os casos de infanticídio condenam a mãe por se desviar daquele que deveria ser o seu papel tradicional, apesar de regra geral tratarem de forma branda as mulheres que praticam crimes, mas isso não acontece quando o crime praticado é contra o próprio filho. A discriminação de género assenta no facto de a lei não diferenciar o homicídio por parte do pai do homicídio por parte da mãe, tratando assim de igual forma ambos os géneros quando praticam este crime. Essa indiferença leva a uma punição desigual, por não terem em consideração alguns aspectos particulares da maternidade que não se dão na paternidade. Defendem que deverão ser criadas normas legais distintas tendo em conta o género, pois ao ignorar essas diferenças a lei aplica as mesmas regras a pessoas diferentes, apesar de o legislador considerar que só dessa forma é que se alcança a igualdade de género perante a lei. Essas leis, neutras face ao género, ignoram as diferenças biológicas, e levam a consequências injustas para a mulher. Propugnam pela implementação do modelo “igual, mas diferente” perante a lei, assim, poderá ser aplicada de igual forma, mas a

⁵⁵⁰ FISHER, Kimberley, *op. cit.*, pp. 625-626.

punição deverá ser distinta. O stresse e a responsabilidade da maternidade deverão ser tidos em conta pela lei e pelos tribunais, podendo assim a depressão pós-parto ser considerada como atenuante, pois a grande diferença entre os sexos reside precisamente no facto de as mulheres darem à luz e os homens não. As leis neutras quanto ao género são um reflexo do sistema patriarcal. Um exemplo disso é o abandono de crianças, se for perpetrado pela mãe será criminalmente perseguida, ao passo que se for pelo pai, e este as deixar aos cuidados da mãe, poderá nunca vir a ser responsabilizado criminalmente. Outro exemplo é também a responsabilidade penal da mãe que deixa o pai abusar sexualmente dos filhos e nada faz, enquanto que os homens que deixam as mães maltratar ou abusar sexualmente dos filhos não são responsabilizados, e não lhes é dirigida qualquer censura, nem pela sociedade. Consideram que a maternidade é encarada como uma obrigação e a paternidade como uma escolha.

Para os defensores desta tese, a lei e os tribunais deverão ter em conta as diferenças entre os géneros, pois só assim poderá existir um sistema judicial igual para todos e, por isso, justo⁵⁵¹.

Contra o tipo legal do infanticídio encontra-se uma corrente de matriz mais pérfida - considerando-se uma corrente feminista -, que propugna pelo desaparecimento do crime de infanticídio, nomeadamente, enquanto crime privilegiado. Esta doutrina entende que o tipo legal assenta num falso pressuposto biológico em relação às mulheres, mascarando assim o verdadeiro motivo pelo qual matam o filho sob essa falsa pretensão de que não se encontram no perfeito juízo mental, e que só por isso praticaram o crime. Entendem que a norma legal do infanticídio e a sua correspondente atenuação assenta na ideia de que a mulher é um ser maternal e, nessa medida, fornece amor incondicional ao próprio filho, sendo um ser naturalmente educador. Essa concepção estará, então, errada, pois dada a evolução da mulher na sociedade, nem sempre se identificará com a maternidade. O pressuposto da lei é o de que a mulher ao dar à luz se torna numa candidata a sofrer distúrbios mentais e supõem que os distúrbios que ocorrem no período da lactação contribuem e acentuam esse estado mental, sendo por isso o infanticídio justificado. Essa ideia leva a que se instale uma descrença relativamente à capacidade que a mulher tem de praticar actos racionais e decisões autocentradas, sendo vista como um ser passivo, pois não consideram a possibilidade de ter morto o filho como uma decisão racional, por não ter sido desejado. Opõem-se à equiparação feita

⁵⁵¹ *Ibid.*, pp. 626-628.

pela lei quanto à vergonha social de ter um filho e à vulnerabilidade psicológica da mulher após o parto que trata estes casos indiferenciadamente⁵⁵². Consideram que o tipo penal contribui para a forma subordinada como a mulher é vista na sociedade e modifica a abordagem legal quanto às questões de género, por existir um tipo de ilícito específico para as mulheres baseado na distinta condição biológica⁵⁵³.

A criação de um tipo legal baseado nas diferenças de género cria um sistema de detrimento das mulheres que perpetua o sexismo e os estereótipos negativos em relação ao género feminino⁵⁵⁴.

A comunicação social também tem influenciado o estereótipo de mulher enquanto um ser maternal nomeadamente através de anúncios publicitários, que sempre associaram a felicidade da mulher ao casamento e à maternidade, através da compra de electrodomésticos que facilitaria a vida doméstica. Por isso consideram que a comunicação social tem contribuído para a sociedade patriarcal, fazendo com que esses papéis sexuais estereotipados sejam aceites pela sociedade, que os encara como algo de natural. Apesar da evolução publicitária, o género feminino continua associado a papéis sociais e culturais tradicionais que revelam a dominação masculina. Assim, a mulher continua ligada ao conceito de subordinação, ao passo que os homens assumem papéis de autoridade⁵⁵⁵.

Este pensamento feminista entronca-se na ideia de que a comunicação social e os tribunais não tratam de igual forma homens e mulheres quando praticam crimes, assentando no pressuposto de que o género feminino não se compagina com a violência, por serem seres passivos e que não sucumbem à fúria e à frustração, e por isso quando praticam crimes violentos os psiquiatras tendem a ver esse acto como o resultado de uma provocação ou de uma doença mental. Consideram esse ideal de feminino e essa forma de pensar incorrecta, pois as mulheres são capazes de praticar actos violentos, chegando mesmo a praticar várias vezes, na sua maioria dentro do lar, tendo como vítimas o marido/parceiro ou os filhos. Na aplicação da lei pelos tribunais entendem que a censura dirigida às mulheres vai para lá do facto típico, pois são censuradas pelo que uma mulher deveria ser, tendo sempre por base a dicotomia de “boa” ou “má”, e se

⁵⁵² FRIEDMAN, Susan, CAVNEY, James, RESNICK, Philip, *op. cit.*, pp. 592-593.

⁵⁵³ STANGLE, Heather Leigh, *op. cit.*, pp. 705-706.

⁵⁵⁴ MARCH, Christie L., *op. cit.*, p. 252.

⁵⁵⁵ SIMÕES, Rita, *A violência contra as mulheres nos media: lutas de género no discurso das notícias, 1975-2002*, Coimbra, Coimbra editora, 2007, pp. 63-68.

cometeu um crime então só pode ser ou louca ou malvada e, nessa medida, não é uma verdadeira mulher. As mulheres vistas como loucas não rompem com os padrões tradicionais por estarem apenas afectadas por uma doença mental, os seus valores mantêm-se os mesmos e, portanto, são “moralmente puras”, já as mulheres malvadas, fogem aos padrões sociais e por isso não são vistas como verdadeiras mulheres, porque não se comportam de acordo com o géne

ro. Os homens, em alguns casos, são até glorificados na prática de alguns ilícitos⁵⁵⁶. Há quem considere que a lei e os tribunais não têm em conta as condições sufocantes nas quais as mulheres vivem e que são o fundamento para a maioria dos actos criminosos e, por isso, só as conseguem explicar se forem vistas enquanto doenças, quando na realidade não o são⁵⁵⁷.

A visão feminista que se opõe ao infanticídio não se limita a uma censura ao estereótipo da mulher enquanto ser não violento, estende-se também à sociedade e ao sistema patriarcal que acreditam estar em vigor. Assim, entendem que a culpa – em termos abstractos - não se encontra apenas na mãe infanticida, mas também na sociedade, por colocar naquela uma forte pressão social quanto à maternidade, e à falta de gratidão que recebem pelo esforço empreendido, bem como no fraco apoio do sistema de saúde mental. Em termos concretos, colocam a culpa no pai da criança, ou outra pessoa que tenha exercido algum tipo de influência negativa sobre a mulher, levando a que praticasse o facto típico. Contudo, consideram absurda a ideia de desculpabilizar a mãe, como alguns autores fazem, pelo facto de em regra, ser quem despende mais do seu tempo com os filhos, a cuidar dos mesmos, sendo assim quem assume a figura de “prestadora de cuidados”, e aumentando as probabilidades de homicídio em comparação com o pai, por este não estar tantas vezes com os filhos, e não cuidar deles. Para esta corrente, a sociedade e o sistema judicial devem aceitar o facto de que as mães são capazes de maltratar os filhos, e depois sim se deverão preocupar em apurar a razão pela qual o fazem. Assentam na ideia de que as mães maltratam os filhos por encararem a maternidade como um papel opressivo, que as mantém presas em casa. O trabalho doméstico de mãe a tempo inteiro é desvalorizado pela sociedade que ao mesmo tempo lhes atribui essa responsabilidade⁵⁵⁸. Assim, a

⁵⁵⁶ STANGLE, Heather Leigh, *op. cit.*, pp. 706-707.

⁵⁵⁷ MARCH, Christie L., *op. cit.*, p.253.

⁵⁵⁸ KOHM, Lynne, LIVERMAN, Scott, *op. cit.*, pp. 62- 63.

negação da violência feminina contribui para que as mulheres sejam vistas como vítimas cujos actos não dominam. Essa negação resulta na desigualdade de género perante a sociedade, pois os crimes praticados por homens ou mulheres não são vistos da mesma forma, pois aqueles são vistos como agressores activos, ao passo que estas são vistas como robots passivos. Não só esta desigualdade tem reflexos na forma como a sociedade vê a mulher, bem como na consequência jurídica que lhe é aplicada, pois beneficiam muitas vezes do estatuto de insanidade e, assim, recebem penas mais leves, ao contrário dos homens que por serem seres naturalmente agressivos recebem penas mais duras⁵⁵⁹. Consideram que se a lei continuar a atender a critérios distintos de aplicação da lei penal em relação ao género, as mulheres serão privadas de poder e de justiça na sociedade⁵⁶⁰.

Algumas feministas entendem que o conceito de depressão pós-parto, à semelhança do conceito da tensão pré-menstrual, contribuem para que as mulheres sejam vistas como perigosas para elas próprias e para outros, por representarem os seus comportamentos como erráticos. Acreditam que a criação desses conceitos serviu como um controlo social para que as mulheres se vejam como portadoras de emoções inapropriadas, com desequilíbrios hormonais e, dessa forma, silenciando-as perante amigos e familiares quanto ao que sentem. A ideia de que a menstruação, a gravidez e, o parto levam a um desajuste hormonal contribui para a imagem da mulher como imprevisível, perigosa, demasiado emocional e frágil para certos papéis sociais⁵⁶¹.

Os opositores do infanticídio entendem que quando a lei se baseia em estereótipos antigos, sendo o caso deste tipo legal, não estão apenas a contribuir para a imagem distorcida da mulher, mas também a desvalorizar a vida do recém-nascido. Assim, o sistema legal é cego em relação às mulheres que merecem punição⁵⁶². A aplicação de medidas de segurança é vista como tratamento especial que faz aumentar a visão das mulheres enquanto seres frágeis e vulneráveis devido ao sexo⁵⁶³, e a aplicação de um tratamento especial culmina numa diminuição de direitos para a mulher. Como consequência, as mulheres passam a ser vistas como cidadãos menos competentes e

⁵⁵⁹ STANGLE, Heather Leigh, *op. cit.*, p. 710.

⁵⁶⁰ CARVALHO, Ana Sofia, *op. cit.*, p. 5.

⁵⁶¹ CHRISLER, Joan C., JOHNSTON-ROBLEDO, Ingrid, “Ranging hormones? Feminist perspectives on premenstrual syndrome and postpartum depression”, in *Rethinking Mental Health & disorder*, Nova Iorque, The Guilford Press, 2002, pp. 174-175 (174-797).

⁵⁶² STANGLE, Heather Leigh, *op. cit.*, p. 711.

⁵⁶³ *Ibid.*, p. 732.

menos capazes de governar face aos homens⁵⁶⁴. A tipificação do infanticídio contribui para que muitos venham a considerar que a desigualdade de género está patente na lei e nos tribunais. Consideram que o sistema judicial encara as mulheres como seres frágeis, recatados, com predominância das capacidades afectivas sobre as capacidades intelectuais, com subordinação da sexualidade em relação à vocação maternal⁵⁶⁵.

Propugnam pela aceitação de que a mulher, em certos casos, também poderá ser violenta, nos mesmos termos que um homem. Assim, a violência é vista como um fenómeno social comum a todos os géneros, no qual não deverá ser afastada a mulher, pois ao fazê-lo estão a afastá-la do quotidiano tendo em conta que a violência enquanto fenómeno se constrói a partir das relações em sociedade. Por isso, quando a mulher pratica um crime com recurso à violência, a justificação não deverá residir nos aspectos biológicos da condição própria de se ser mulher, mas, antes, como um instrumento usado por elas para fazer frente ao inconformismo e opressão que podem sentir⁵⁶⁶.

Consideram existir uma desigualdade em relação aos homens, pois estes também matam os filhos devido a doenças mentais ou à pressão da sociedade quanto à paternidade e à privação social, mas a lei não legisla sobre esses casos, sobretudo, de forma a atenuar-lhes a pena⁵⁶⁷ e, ainda que não exista legislação quanto ao infanticídio, quando cometem o mesmo crime os homens recebem penas mais elevadas do que as mulheres que veem a culpa diminuída e, por isso, são colocadas em instituições mentais ou em liberdade condicional. O pai que mata um filho é sempre visto como um criminoso⁵⁶⁸.

Para a corrente societária que se mostra contra o infanticídio, não por nele residir uma desigualdade de género, mas por classificarem como um crime horrendo e contras as leis da natureza, perspectivam a mulher como um monstro, sendo assim esta mediatizada, pois não é totalmente doente nem totalmente criminosa. A própria definição de monstro corresponde àquele ser que se encontra fora da lei e não é natural. Assim, praticam um crime legal – o infanticídio – e um crime contranatura – não seguem as regras do género feminino e da maternidade. A mãe infanticida não tem

⁵⁶⁴ MARCH, Christie L., *op. cit.*, pp. 252-253.

⁵⁶⁵ PINHEIRO, Veralúcia, “O infanticídio como expressão da violência e negação do mito do amor eterno”, in *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, 26, 1, p. 5 (1-12).

⁵⁶⁶ *Ibid.*, p. 11.

⁵⁶⁷ FRIEDMAN, Susan, CAVNEY, James, RESNICK, Philip, *op. cit.*, pp. 595-596.

⁵⁶⁸ KOHM, Lynne, LIVERMAN, Scott, *op. cit.*, p. 67.

espaço no grupo das outras mulheres, pois vai contra os pressupostos do género feminino que fundamentam a homogeneidade do grupo. O monstro é uma figura do impossível – uma mãe matar o filho – e uma representação daquilo que é proibido. A lógica matemática da sociedade é a de que mulher é igual a mãe e mãe é igual a amor. Sendo assim o “monstro” uma excepção à condição feminina⁵⁶⁹. Consideram que a mulher não deverá receber uma pena mais benevolente, nomeadamente por isso significar a atribuição de um desvalor à vida das crianças, e do pai das mesmas, que vê a sua vida completamente modificada, como resultado do crime da mãe⁵⁷⁰.

O caso de Andrea Yates é um exemplo das distintas opiniões quanto ao crime de infanticídio. Houve quem propugnasse por punição severa, enquanto que outros expressavam simpatia e pena pela mesma⁵⁷¹. É também um exemplo de que no julgamento penal da mãe que cometeu infanticídio, esta é julgada de acordo com as noções de feminilidade, maternidade e, violência. A defesa de Andrea foi precisamente nesse sentido, o de utilizar os conceitos de maternidade para que o crime possa ser desculpabilizado, tendo em conta que antes da prática do crime era vista como uma boa mãe e, assim, só poderia estar insana nesse momento. A discussão do crime pela comunicação social centrou-se no carácter de Andrea e no seu desempenho enquanto mãe, ficando a discussão acerca do crime relegado para segundo plano. A forma como as crianças foram mortas, e o facto de um dos filhos ter lutado pela sobrevivência ficaram esquecidas, tal como os sentimentos do pai, Russel Yates. Andrea começou a ser vista como uma vítima dela própria e a morte dos filhos como uma tragédia, que só irá compreender quando a nova medicação surtir efeito, carregando sempre o peso de ter assassinado os 5 filhos. Esta perspectiva reflecte uma parcela da sociedade que considera que a mãe que mata os filhos sofrerá muito mais do que as crianças no momento da morte⁵⁷². Para a Presidente da *National Organization for Women* (NOW), Patricia Ireland, o caso de Andrea Yates revelou o sistema do patriarcado que está em vigor nos EUA, no qual as mulheres são de certa forma aprisionadas em casa a cuidar dos filhos⁵⁷³.

⁵⁶⁹ SANTOS, Katia Alexandra dos, TFOUNI, Leda Verdiani, *op. cit.*, pp. 251-259.

⁵⁷⁰ STANGLE, Heather Leigh, *op. cit.*, p. 723.

⁵⁷¹ BANGS, Elizabeth T., *op. cit.*, pp. 88-89.

⁵⁷² STANGLE, Heather Leigh, *op. cit.*, pp. 712-714.

⁵⁷³ KOHM, Lynne, LIVERMAN, Scott, *op. cit.*, p. 63.

Também em Portugal há quem se mostre contra a tipificação legal do infanticídio, por questões de desigualdade. Neste sentido, Susana Gonçalves, que entende que a culpa diminuída da mulher infanticida se encontra na fronteira da constitucionalidade por motivos de desigualdade, pois só se aplica a mulheres e, dessa forma, exaltando a fragilidade da mesma. O conceito de influência perturbadora do parto e a consequente culpa diminuída constituem uma falácia, pois a mulher não fica num estado de debilidade que leve a que a mesma não se consiga determinar pela norma. Entende que a mulher não mata devido à perturbação do parto, os motivos pelos quais pratica o crime poderão ocorrer em todas as pessoas, e a fragilidade resultante do parto, traduz-se em actos de carinho e afecto para com o recém-nascido⁵⁷⁴. Assim, só aplica o artigo 136º aos casos em que a mãe mate o filho sobre a influência perturbadora do parto, mas motivada por uma difícil situação económica. Aos casos de ocultação ou negação da gravidez, aplica o artigo 132º/2 a) c) j), como no caso do acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa de 11-03-2010⁵⁷⁵.

Também Teresa Beleza, considera que a tipificação do infanticídio sob a cláusula da “influência perturbadora do parto” contribui para a perpetuação da ideia de que as motivações biológicas da mulher se sobrepõem às motivações racionais, quanto à prática de crimes, só o fazendo em virtude do ciclo menstrual, ao passo que os homens praticam crimes por motivos sociais e/ou económicos⁵⁷⁶. O infanticídio, enquanto crime privilegiado, pode reforçar a ideia de responsabilidade apenas parcial das mulheres⁵⁷⁷. Considera que o desaparecimento da cláusula de desonra do artigo 136º poderá traduzir-se numa neutralização quanto ao género, bem como numa desumanização⁵⁷⁸.

⁵⁷⁴ GONÇALVES, Susana, *op. cit.*, p. 25.

⁵⁷⁵ *Ibid.*, pp. 67-68.

⁵⁷⁶ BELEZA, Teresa, *A mulher no direito penal*, in *Cadernos Condição Feminina*, 19, Lisboa, 1984, pp. 18-19 (50p.).

⁵⁷⁷ *Ibid.*, p. 36.

⁵⁷⁸ BELEZA, Teresa. “A revisão da parte especial na reforma do código penal: legitimação, reequilíbrio, privatização, individualismo”, in *Jornadas sobre a revisão do código penal*, Lisboa 1998, p. 107-108 (89-118).

Posição Adoptada

Não cremos que o facto de a lei legislar sobre o crime de infanticídio e, dessa forma, conceder uma atenuação da pena à mãe corresponda a uma desigualdade de género perante a lei. Não há uma desigualdade pelo simples facto de a lei reconhecer uma condição específica da mulher – a capacidade de reprodução -, e admitir que em virtude dessa especificidade as mulheres possam cometer um homicídio que de outra forma não o fariam. O que fundamenta este crime são as alterações hormonais que podem existir na mulher pelo facto de dar à luz, ou o estado emocional que pode ocorrer motivado pelo momento do pânico. Ora, o parto é algo que não ocorre nos homens, pelo que não vemos onde possa existir uma desigualdade face a estes se legislamos sobre algo que estes nunca poderão experienciar. Seria uma desigualdade se a legislação tivesse como pressuposto um concreto facto, susceptível de se manifestar tanto em mulheres como em homens e, no entanto, aplicasse a atenuação apenas à mulher, pelo facto de ser mulher, por considerar como mais frágil e emocional.

No tipo legal do infanticídio a lei está a legislar sobre um concreto facto típico – homicídio de um recém-nascido – tendo como fundamento uma situação própria do sexo feminino – o parto – partindo do pressuposto de que essa situação pode causar na mulher uma alteração no seu estado emocional que fundamente uma culpa diminuída, daí a atenuação da pena. Não há uma desigualdade na lei por legislar sobre uma situação específica. Não há uma desigualdade por aos homens não ser aplicada uma atenuação da pena se matarem o filho. Se tal facto ocorrer poderá ser equacionada a norma do homicídio privilegiado, cuja pena é a mesma que no infanticídio. Da mesma forma que se a mulher matar o filho fora dos efeitos do parto poderá ser aplicado o homicídio privilegiado, e nunca o infanticídio. De igual modo, será de aplicar o homicídio privilegiado a ambos os sexos, quando preenchem uma das situações descritas pelo artigo. Portanto, a lei não trata de forma privilegiada as mulheres, pois aos homens também são concedidos privilégios, quando estes matem sobre um estado emocional alterado. Por isso defendemos que quando as mães matam os filhos sobre os efeitos da depressão pós-parto, ou no momento do parto por o filho ser indesejado e, por isso terem escondido a gravidez, não será de aplicar o artigo 136º. A morte de um filho por este ser indesejado é um motivo racional, cujo momento do parto e respectivos efeitos de dar à luz não tiveram influência na decisão, ainda que o parto tenha sido um

momento de grande pânico. Esse motivo também pode estar na base do homicídio do recém-nascido por parte do pai e, assim, será de equacionar, nos mesmos termos que para a mãe a aplicação do artigo 133º quando as circunstâncias o justifiquem ou, ao invés, punir por homicídio simples ou qualificado. Quanto à depressão pós-parto, já referimos que esta se desenvolve pelo sentimento da mulher quanto ao papel da maternidade, pelo que também se pode desenvolver nos homens, devido ao papel da paternidade. Assim, no artigo 136º só caberão aquelas situações que podem ocorrer na mulher, pelo facto de esta ser mulher e em conexão com a gravidez e com o parto, por serem uma condição biológica específica. A lei não legisla sobre uma condição social própria das mulheres, mas, antes, sobre uma condição biológica, e é por essa razão que acreditamos não existir uma desigualdade face aos homens. O parto, para as mulheres é visto como um fenómeno biológico, para os homens é um fenómeno social, exterior aos mesmos, pelo que os efeitos do parto não serão os mesmos para homens e mulheres, pois as mulheres são alvo de alterações hormonais decorrentes desse facto, e o pânico manifesta-se por ser uma experiência própria – algo sai do corpo da mulher, sendo o que justifica os estados de dissociação -, e no homem o pânico só se instala por vir a ser pai. A experiência do parto é sentida e perspectivada de forma diferente por ambos os sexos.

Quem defende a criação – ou manutenção – do crime de infanticídio entende que pode existir alguma desigualdade por a lei não ter em conta aspectos da maternidade que não ocorrem na paternidade. Não podemos concordar com esta perspectiva, pois se a lei legislasse de forma mais branda sobre a mãe que mata o filho fora das circunstâncias conexas com o parto, já estaríamos perante uma verdadeira desigualdade, pois também os homens podem sentir os efeitos negativos da paternidade. Qual seria então o critério para a atenuação da culpa da mãe que praticasse o facto típico? Esta corrente parece enveredar pelo critério temporal, assim, por a mãe passar mais tempo a cuidar do filho, fica mais vulnerável a sentir negativamente o papel da maternidade e, por isso, o facto típico seria alvo de uma menor censura. Ora, não podemos concordar com tal ideia, pois a lei quer-se geral e abstracta, pelo que não podemos generalizar quanto ao papel de cada progenitor na parentalidade. A lei não pode partir do pressuposto de que as mães passam mais tempo com os filhos, pois o inverso pode acontecer. E, ainda que seja verdade – e é, na maioria dos casos – não constitui fundamento para a prática de homicídio, de forma a ser-lhes dirigida uma menor censura e com isso uma pena menor. A maternidade e os cuidados constantes com o

recém-nascido podem causar emoções negativas na mulher, mas não poderemos fazer dessa presunção um pressuposto para um concreto facto típico, assente numa culpa diminuída. As emoções negativas quanto ao nascimento de um filho e às alterações que este introduz na vida do progenitor, e o cansaço pelo cuidado com o mesmo, também se podem manifestar nos homens. Por isso legislar penalmente sobre a maternidade ao conceder-lhe uma atenuação, seria, sim, uma discriminação quanto ao género em favorecimento das mulheres. Temos de ponderar que o raciocínio também pode ser feito ao contrário, ou seja, a mulher seria alvo de uma maior censura por matar o filho, com quem passa mais tempo e, com isso, intensifica o vínculo emocional, ao passo que o pai não intensifica esses laços, pois convive menos horas com os filhos.

Assim, quando se dê o homicídio de um filho – independentemente da idade –, devido ao papel sufocante da maternidade, ou qualquer outra circunstância, que não o parto, será de ponderar a aplicação do homicídio nos termos gerais.

Também não consideramos ter razão a corrente feminista que se vê contra o infanticídio, por considerar que este assenta num falso pressuposto biológico, influenciado por conceitos em torno das características da mulher. É necessário, sobretudo, entender que o tipo legal do infanticídio não assenta sobre o pressuposto de que todas as mulheres que dão à luz ficam loucas pelas alterações químicas do parto e, nessa medida, candidatas a praticar o facto típico. A lei assenta no pressuposto de que o parto e as alterações químicas daí decorrentes podem gerar – podem, não geram obrigatoriamente –, graves alterações psíquicas na mulher. A lei apenas reconhece a gravidez e o parto como um fenómeno susceptível de desencadear alterações psicológicas, não estipula com isso a ideia de que todas as mulheres que dão à luz não controlam as suas acções e, por isso, podem ser homicidas. Há-que ter em consideração que por vezes os estados alterados que levam à prática do infanticídio são motivados por alterações psicológicas anteriores ao parto ou por predisposições genéticas para o desenvolvimento de psicoses. Assim, o reconhecimento por parte da lei da gravidez e do parto enquanto condições específicas da mulher com reflexos na lucidez, não implica que estas sejam vistas como incapazes de tomar decisões racionais, daí que deva ser feita a prova de que o infanticídio decorreu sob a influência perturbadora do parto, pois é reconhecido que por vezes a mulher mata o filho simplesmente para evitar o papel da maternidade, seja por que razão for.

Os fenómenos que estão na base do crime de infanticídio são a negação da gravidez e a psicose puerperal. Ora, não há nada de falacioso nesses estados, pois o mecanismo de negação pode-se desenvolver também em relação a outros eventos sociais, não tendo sido, por isso, um mecanismo inventado especialmente para a defesa de casos de neonaticídio, para desculpar as mães pelo homicídio dos filhos. Quanto à psicose puerperal, esta só aparece em função das alterações hormonais do parto, contudo, uma psicose pode aparecer em outras fases da vida, apenas não será puerperal, pois esta só surge após o parto. Assim, não foram criadas falsas perturbações, como esta corrente parece considerar, para justificar os actos das mulheres que matam os filhos, foi apenas constataado que a gravidez e o parto são situações de maior susceptibilidade para o aparecimento dessas perturbações que ocorrem em conexão com esse acontecimento, sendo o recém-nascido o objecto da perturbação. Esta corrente ao querer negar as influências psíquicas advindas do parto e, portanto, da capacidade de reprodução da mulher enquanto diferença biológica face aos homens, parece resultar numa tentativa de masculinização do corpo feminino. Para Teresa Beleza, essa masculinização passa pela rejeição das concepções acerca da mulher, assentes na condição biológica, eliminando com isso a especialidade feminina⁵⁷⁹.

Consideramos, porém, que existe uma desigualdade de género no julgamento penal das mulheres comparativamente ao dos homens. Temos de concordar com o facto de que ainda existe na sociedade a concepção de que toda a mulher deve ambicionar ter filhos, e que quem assim não o deseje será vista como não sendo uma verdadeira mulher. A sociedade espera que todas as mulheres desejem ser mães e que todas se enternecem na presença de um bebé, e quando isso não acontece pensam que tem de haver algo de errado com aquela mulher, ou que o “relógio biológico” ainda não começou a dar horas (porque, aparentemente, todas as mulheres têm um). Assim, uma mulher que não fique enfeitiçada com o nascimento de um bebé – ainda para mais tratando-se do próprio filho – não poderá ser verdadeiramente uma mulher, algo de errado tem de existir com ela. Assim, concordamos com a ideia de que a sociedade percebe estas mulheres como monstros.

A violência feminina não é aceite pela sociedade, mas isso não significa que acreditem que uma mulher não seja capaz de praticar actos violentos, significa que

⁵⁷⁹ BELEZA, Teresa, “Género e direito: da igualdade ao “Direito das Mulheres””, in *Themis, Revista da Faculdade de Direito da UNL*, Ano I, nº2, 2000, p. 47 (35-66).

quando confrontados com crimes por parte das mulheres, a censura que lhes é dirigida é maior do que aquela que é dirigida aos homens, pois a estes é-lhes reconhecido o “direito” a serem violentos, pois acreditam que a violência faz parte das suas características biológicas. À mulher são impostas regras pela sociedade quanto à sua forma de ser e estar, desde criança que é ensinada a comportar-se como um ser delicado, a não recorrer à violência no seu dia-a-dia e a não dizer palavrões, já os homens desde crianças têm liberdade para desenvolver a personalidade da forma que lhes aprazer, apelando pouco à delicadeza e sentimentalidade por parte dos mesmos, o uso de palavrões é sempre visto pelos progenitores como algo engraçado e como uma demonstração de masculinidade. Os brinquedos de meninos e meninas são uma indicação daquilo que a sociedade espera da sua forma de ser. Às meninas, a maioria dos brinquedos passa por *barbies* e nenucos, assim, desde que são crianças lhes é exigido que tenham um instinto protector e cuidador, enquanto que aos meninos o que se espera é que eles brinquem com carrinhos, pouco importando se a respectiva brincadeira consiste na simulação de acidentes, através dos quais se mostram violentos, facto esse que reforça a ideia de que a agressividade é algo inerente ao sexo masculino. A educação concedida e os comportamentos permitidos desde a infância alimentam os estereótipos entre homem e mulher. Assim, criam-se conceitos em torno do que a mulher e o homem devem ser e aquilo que lhes é ou não permitido. Às mulheres desde cedo lhes é imposto o instinto maternal, pelo que quando cometem um crime contra um filho, a censura que lhes é dirigida é-o por romperem com aquele que é o seu principal papel.

É o julgamento penal das mulheres sobre esse estereótipo que leva a que possamos dizer que existe uma discriminação quanto ao género e, assim, uma desigualdade das mulheres no sistema judicial. Quando um homem pratica um facto ilícito a censura que lhe é dirigida mantém-se em estreita conexão com o facto, já nas mulheres a censura vai para além do facto, pois estas são censuradas por romperem com o estereótipo típico do sexo feminino, ou seja, por não terem todas as características que uma mulher deve ter, que a afastam da prática de crimes, assim, nos casos de infanticídio – que não são julgados enquanto tal pela aplicação do artigo 136º -, a censura que lhes é dirigida é uma censura à personalidade. Nessa medida é ultrapassado o princípio da culpa.

A desigualdade entre género encontra-se na aplicação da lei, sendo que nesta também deverá vigorar o princípio da igualdade.

O fenómeno designado de “populismo penal” também contribui para que as mulheres que praticam infanticídio sejam julgadas de forma injusta. Muitas vezes os tribunais fundamentam as penas com a prevenção geral tendo em conta o impacto social que aquele crime teve na sociedade. Em regra, estes crimes chocam imenso a população, que clama por uma punição severa para estas mães e, assim, o tribunal sente a necessidade de atender a essas expectativas, para que a confiança no sistema não se deteriore.

A comunicação social tem uma forte influência na forma como a sociedade perspectiva o crime. Apesar de a notícia ser na maioria das vezes homogénea em todos os canais de comunicação social, a forma de comunicação difere consoante o ênfase concedido e o discurso apresentado, bem como a apresentação da notícia, através de imagens e sons⁵⁸⁰.

Essa mediatização da notícia divulgada de acordo com as convicções da comunicação social, muitas vezes com “comentadores” – advogados, psicólogos, criminólogos, etc. – reforça a visão da comunicação social quanto àquele facto concreto, e confere-lhe uma maior legitimidade, visto que profissionais da área vêm concordar e reforçar a imagem que se faz do facto. A comunicação social tende a retratar aqueles que praticam crimes como sendo maus e diferentes, que deverão ser separados dos outros que não praticam crimes, pois estes são os puros e os limpos. Em resultado das notícias e imagens proporcionadas ao público este clama por justiça e vingança para a vítima do crime. Assim, a comunicação social funciona como um tribunal autónomo que cria uma imagem do criminoso e gera na sociedade uma expectativa de justiça⁵⁸¹. O populismo penal resolve os problemas criminais de acordo com uma forte política punitiva⁵⁸². Essa perspectiva tem como reflexo a intimidação dos juízes que se sentem pressionados a julgar aquele caso concreto de acordo com as expectativas punitivas da sociedade. A pressão que a comunicação social exerce sobre os juízes compromete a imparcialidade e independência com que estes julgam os casos, tendo em conta que já

⁵⁸⁰ FIGUEIREDO, Herivelton, “A influência dos meios de comunicação social exercida sobre o juiz criminal”, Lisboa, Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, Dissertação de mestrado não publicada, 2014, p. 34.

⁵⁸¹ BRAGA, Lorena Corrêa, “O poder da mídia e seus reflexos na ordem jurídica penal”, in *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XVII, nº121, Fevereiro, 2014, disponível em http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=14362.

⁵⁸² ELBERT, Carlos Alberto, “O populismo penal: realidade transitória ou definitiva?”, in *Direito Penal e Política Criminal no Terceiro Milênio: Perspectivas e Tendências*, EdUPUCRS, Porto Alegre, 2011, p. 62 (58-67).

têm uma ideia pré-concebida daquela que deverá ser a pena a aplicar e, por isso, as provas colhidas serão valoradas de acordo com os sentimentos da população, de forma a que se possa manter a legitimação do poder judicial⁵⁸³.

Em Portugal, a opinião predominante na população é a de que as mães infanticidas são monstros, e por isso merecem uma punição severa. Como exemplo desta perspectiva, temos um caso conhecido que ocorreu em Portugal, a 9/04/2018 no Concelho do Seixal. De acordo com as notícias publicadas, a mãe, Rafaela Cupertino, terá morto o filho à facada, assim que o mesmo nasceu, colocando-o, de seguida, num saco de plástico, tendo o parto ocorrido em casa. Segundo diversas fontes - apesar da nebulosidade quanto a este facto -, a mãe infanticida terá sido auxiliada pela irmã, Inês, sendo que, no entanto, especula-se que terá sido esta a dar o alerta à Polícia de Segurança Pública. Algumas notícias relatam que terá sido feito um pacto entre as duas irmãs para matar o recém-nascido, aquando o nascimento, mas devido à perda de sangue de Rafaela a irmã contactou com a assistência médica. A ocultação da gravidez, de forma premeditada, é dada como um facto assente.

Face às notícias divulgadas pelos diversos órgãos de comunicação social, a maior parte da população encara esta mulher como um monstro, e muitos afirmam esperar que o crime não seja desculpado com a depressão pós-parto ou stresse da maternidade, entre outros factores - que os mesmos não sabem explicitar, mas ainda assim entendem que não deverão actuar como desculpa para o facto. A maioria entende que a mulher escondeu a gravidez e deu à luz em casa precisamente por já ter concebido a ideia de o vir a matar assim que nascesse. Há quem entenda que serão as reclusas do estabelecimento prisional de Tires que irão fazer justiça pela criança, por pressuporem que será alvo de agressões. Reprimem o facto de ter morto o filho por existirem tantas pessoas dispostas a recorrer à adopção. Alguns consideram que deverá ser aplicada pena de morte. Dirigem-se algumas críticas ao pai e a outros familiares e amigos próximos da mãe, bem como aos profissionais de saúde, por não acompanharem devidamente a gravidez ou por não a notarem, fazendo com que a prática do crime se tornasse mais fácil. Há quem entenda que a parturiente não pode sequer ser chamada de mãe e de mulher, e que com este acto denigre a imagem de quem o é verdadeiramente. Apenas uma minoria da população coloca a hipótese de que o acto possa ter sido praticado em virtude de uma perturbação mental, pois uma mãe nunca seria capaz de matar um filho.

⁵⁸³ FIGUEIREDO, Herivelton, *op. cit.*, pp. 55-57.

Em suma, este acontecimento gerou na sociedade um forte sentimento de repulsa, pelo facto de ser uma mãe a matar um filho, e por tê-lo feito à nascença, quando poderia ter recorrido a métodos abortivos ou à adopção, por não querer a criança. Assim, a maioria propugna por uma pena de prisão severa e esperam que o facto não seja desculpado com a alegação de perturbações mentais.

Ambas as irmãs foram indiciadas pela prática de homicídio qualificado, pois de acordo com a Polícia Judiciária não será de aplicar o infanticídio. De acordo com o relatório policial foram presentes a primeiro interrogatório judicial, tendo-lhes sido aplicada a medida de coacção processual de prisão preventiva.

Este acontecimento também não escapou a que comentadores da televisão – especialistas em psicologia e criminologia – comentassem as circunstâncias do crime e, para além disso, fizessem o enquadramento jurídico do mesmo. Assim sucedeu num programa de televisão, tendo a comentadora e psicóloga afastado desde logo a depressão pós-parto por entender que esta não se compagina com a ocultação da gravidez – facto esse que foi dado como provado pela comunicação social –, especulando que o motivo que possa ter estado na base do encobrimento tenha sido uma possível traição ao marido. Considera que a morte do nascituro foi um acto premeditado por ter ocultado a gravidez, e que poderá ter existido cumplicidade com a irmã na prática do facto. Afasta a norma do infanticídio, por entender que todos os actos foram racionais. O inspector-chefe que comentou o caso considera que o homicídio deverá ter sido premeditado e como indício disso foi o facto de o crime ter sido praticado com uma faca.

Também num outro programa de televisão, ficou entendido que não seria de aplicar o infanticídio, mas, antes, o homicídio qualificado, por ter existido uma premeditação, ao ter escondido a gravidez e nunca ter procurado apoio médico.

Estes comentários ao crime, por parte de especialistas, com a descrição da prática do crime (com factos que não foram dados como provados), com o enquadramento psicológico de quem praticou o facto, e com a qualificação jurídica do respectivo crime reforçam a ideia de que o crime foi premeditado, dirigindo uma censura à mulher, o que motiva a raiva que a sociedade sente pelas mães que matam os filhos. Em concreto, para esta mãe e para a irmã, apesar de não existirem detalhes do crime, sobretudo da

participação desta última já se encontram pela sociedade condenadas por um homicídio qualificado.

A aplicação da medida de coacção processual de prisão preventiva poderá ter sido – e é, frequentemente – uma consequência do populismo penal, de forma a que a sociedade continue a confiar no sistema judicial pela aplicação dessa medida. Os requisitos gerais da aplicação de medidas de coacção encontram-se tipificados no artigo 104º do CPP, sendo as finalidades aí descritas taxativas, só podendo ser decretada uma medida quando elas se verifiquem. Consideramos que no caso em apreço não existia aqui um perigo de fuga – alínea a) – tendo em conta que este só se verifica quando tenha existido previamente uma tentativa de fuga e a mesma tenha sido frustrada⁵⁸⁴. Não se verificou, sendo mesmo contrariado pelas circunstâncias do crime, tendo em conta que após o homicídio do nascituro foi alertada a PSP pelas – alegadamente - agentes da prática do facto. Também não se verificam indícios de que possam vir a perpetuar a actividade criminosa – alínea c) – tendo em conta tratar-se de um crime específico, só podendo ser objecto o nascituro. Também não parece razoável que a prisão preventiva possa ser decretada para assegurar a tranquilidade pública, apesar de ser, na maioria das vezes, o fundamento. No entanto, apesar dessa função se encontrar tipificada na alínea c) entendemos que só poderá ser aplicável tendo em conta a ameaça que a sociedade possa sentir em relação à violação de bens jurídicos. Fora desses casos o arguido deverá aguardar julgamento em liberdade. Não poderá ser decretada apenas para satisfação das expectativas da sociedade quanto à punição por aquele crime. Assim, no caso concreto, a prisão preventiva só poderia ser aplicada nos termos da alínea b) por existir o risco de alteração da narrativa da história.

O julgamento das mulheres tendo em conta o populismo penal, portanto, quando são julgadas não só pelo concreto facto praticado, mas também pelo impacto que este teve na sociedade contribui para essa desigualdade de género, na medida que a sociedade não espera que as mulheres cometam crimes, nomeadamente crimes violentos, ao passo que esperam esse comportamento dos homens. Assim, um crime praticado por uma mulher choca muito mais do que um crime praticado por um homem e, por isso, estas são julgadas tendo em conta as expectativas societárias, algo que não acontece com o

⁵⁸⁴ SOL, António, “Os pressupostos da aplicação da prisão preventiva no Direito Processual Português”, Lisboa, Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, 2006, Dissertação de mestrado não publicada, pp. 147-151.

homem. Concluindo, o julgamento penal de um homem, na maioria das vezes, restringe-se apenas ao concreto facto típico praticado, ao passo que no julgamento das mulheres tem influência o estereótipo do género feminino, as expectativas da sociedade quanto àquele concreto papel da mulher e o impacto que esse crime teve na sociedade.

A grande causa da discriminação de género está nos estereótipos e não na legislação. À lei cabe a função de pôr fim à discriminação em razão do sexo, etnia, religião, etc., só o podendo fazer se a lei respeitar as diferenças e legislar sobre elas, de maneira a que o sistema seja aplicado de forma igualmente justa. O problema quanto ao género não assenta nas diferenças biológicas, mas, sim, na representação que é feita acerca delas, colocando a mulher num patamar abaixo do homem. Assim, à lei cabe providenciar os meios para acabar com esse estereótipo sem, contudo, deixar de atender às diferenças atinentes ao sexo. Tem aqui importância a expressão do princípio da igualdade, que consiste em tratar como igual o que é igual e como diferente o que é diferente.

No infanticídio não há uma discriminação quanto ao género por este estar tipificado, há sim uma discriminação na forma como o crime é julgado nos tribunais, nomeadamente pelo facto de a norma não ser aplicada.

As sentenças relativamente a mulheres que matam os filhos à nascença – portanto, casos de neonaticídio, que deveriam ser julgados de acordo com a norma do infanticídio – são muitas vezes justificadas com a prevenção geral. Os tribunais entendem que os crimes contra a vida chocam o sentimento da população, sendo mais grave ainda quando a vítima é o filho do próprio agressor e, por isso, merecem uma punição mais severa. Censuram por não sentirem o amor que deveriam sentir por um filho que acaba de nascer, por estarem geneticamente programadas para isso, não actuando esse sentimento como uma contra motivação para a prática do homicídio. Consideram que as exigências de prevenção especial são baixas, porque a arguida dificilmente voltará a repetir o mesmo crime, no entanto, justificam que as necessidades de prevenção geral são altas, pelo abalo causado na sociedade quanto à confiança no sistema.

Os tribunais apesar de afastarem a aplicação do homicídio qualificado pela alínea a) censuram a mulher pela morte do próprio filho.

Por todos estes factores entendemos que o julgamento penal da mulher – nomeadamente em casos de infanticídio – não é um julgamento justo, sobretudo em

comparação com os homens, visto os estereótipos terem um elevado peso na condução do julgamento e da aplicação da sanção. Essa situação traduz-se numa violação dos Direitos das Mulheres e, nessa medida, também uma violação de Direitos Humanos, pois de acordo com a Conferência Mundial da ONU em 1993, os direitos das mulheres também são Direitos humanos.

A Convenção Europeia sobre todas as formas de discriminação contra as mulheres (CEDAW), adoptada em 1979 pela Assembleia Geral da ONU é conhecida como a Magna Carta dos Direitos Humanos das Mulheres. A Convenção pretende terminar com todas as discriminações contra a mulher, propugnando pela igualdade em todos os domínios, não só no sector legislativo, mas também noutros domínios de facto. Ou seja, propõe uma igualdade substantiva para pôr fim aos conceitos e estereótipos que estão na base das relações de género. O direito à igualdade das mulheres é visto, pela Convenção, como um Direito Fundamental. Entende por discriminação contra as mulheres qualquer distinção, exclusão ou restrição com base no sexo, que tenha o efeito ou o propósito de prejudicar ou anular o reconhecimento, o gozo ou o exercício de mulheres, independentemente do estado civil, com base na igualdade de homens e mulheres, de Direitos Humanos, e liberdades fundamentais no campo político, económico, social, cultural, civil, ou qualquer outro.

Para a Convenção, a prevenção da discriminação contra as mulheres não poderá ser feita apenas no campo legislativo, para isso, serão também necessárias medidas que alterem os padrões sociais e culturais de homens e mulheres, com base na ideia de inferioridade ou superioridade de um dos sexos. Assim, entende que será necessário eliminar os ideais estereotipados, atitudes e percepções sobre os diferentes papéis do homem e da mulher na sociedade que levem a futuras discriminações. Também as escolas deverão dirigir o ensino de forma a que às crianças lhes seja dada a opção de se comportar de acordo com o seu ideal de homem ou mulher, e não com aquele que é imposto pela sociedade. O artigo 4º da Convenção sugere que tendo em conta que essas mudanças são lentas os Estados-membros poderão implementar medidas de natureza afirmativa, traduzindo-se em medidas especiais com duas finalidades. A segunda finalidade, que é aquela que aqui nos interessa, indica que os Estados podem implementar medidas cujo propósito seja o de fornecer um tratamento não idêntico a

homens e mulheres, tendo em conta as respectivas diferenças biológicas⁵⁸⁵. Apesar dessas medidas não se traduzirem no plano da legislação relativamente à tipificação de crimes, nomeadamente ao do infanticídio, concluímos que a CEDAW, tida como a Carta dos Direitos das Mulheres, considera que o reconhecimento das diferenças biológicas entre ambos os sexos e as referidas consequências não se traduz numa discriminação quanto ao género, pelo que o tipo legal do infanticídio, por ter como fundamento a função reprodutora da mulher e respectivas alterações psíquicas, não fundamenta uma discriminação a nível legislativo. E, assim, não ofende o princípio da igualdade entre os sexos. Nisto resulta que nem sempre a neutralidade será a melhor forma de defesa nos Direitos das Mulheres.

Uma das 3 obrigações da CEDAW para os Estados-membros, é a de eliminar a discriminação contra as mulheres através, nomeadamente, da luta contra os estereótipos baseados no género⁵⁸⁶. No artigo 5º⁵⁸⁷ pretende eliminar os conceitos em torno da mulher e da maternidade, visto que apela a que a maternidade seja reconhecida como uma responsabilidade de ambos os progenitores. Entendemos que em Portugal ainda há muito para trabalhar nesta matéria, pois a parentalidade continua a ser vista como um papel predominante da mulher, como se a esta coubesse mais responsabilidades parentais do que ao homem. Esse estereótipo contribui para que sejam vistas como seres maternos e, portanto nunca poderão renunciar à maternidade, pelo que quando os crimes praticados por mulheres são contra os próprios filhos a censura penal, na comunicação social e, nos tribunais é mais elevada.

A aplicação da Convenção na luta contra a discriminação das mulheres tendo em conta o género é aplicável a todos os sectores, pelo que terá aplicação também no sistema judicial. Assim, nestes termos, os tribunais quando aplicam a lei deverão fazê-lo

⁵⁸⁵ MELO, Helena Pereira de, BELEZA, Teresa, “Different voices in human rights: CEDAW and European Union Gender equality law”, in *Estudos em Homenagem ao Professor Doutor Heinrich Ewald Horster*, Coimbra, Almedina, 2012, pp. 933-934 (927-957).

⁵⁸⁶ *Ibid.*, p. 954.

⁵⁸⁷ Artigo 5.º

Os Estados Partes tomam todas as medidas apropriadas para:

a) Modificar os esquemas e modelos de comportamento sócio-cultural dos homens e das mulheres com vista a alcançar a eliminação dos preconceitos e das práticas costumeiras, ou de qualquer outro tipo, que se fundem na ideia de inferioridade ou de superioridade de um ou de outro sexo ou de um papel estereotipado dos homens e das mulheres;

b) Assegurar que a educação familiar contribua para um entendimento correcto da maternidade como função social e para o reconhecimento da responsabilidade comum dos homens e das mulheres na educação e desenvolvimento dos filhos, devendo entender-se que o interesse das crianças é consideração primordial em todos os casos.

de forma livre e imparcial relativamente ao seu próprio conceito de mulher, e aos estereótipos da sociedade quanto ao género, não podendo fundamentar sentenças com base nesses conceitos, directa ou indirectamente. Tal não se verifica no julgamento penal do infanticídio, resultando numa violação dos Direitos das Mulheres e, consequentemente, nos seus Direitos Humanos, ao serem julgadas de acordo com os estereótipos do sexo feminino.

10. Consequência Jurídica

Antes de mais importa ter em consideração que defendemos que para que possa ser aplicado o tipo legal do infanticídio é necessário que se prove ter o homicídio do nascituro ocorrido sob a influência da perturbação advinda do parto.

Os casos que preenchem o conceito de “influência perturbadora do parto” e que nesse sentido se podem integrar no artigo 136º tratam-se de imputabilidades diminuídas, nos termos do artigo 20º/2. Como resulta da norma será tratado como inimputável aquele que à data da prática dos factos tiver a capacidade de avaliação da ilicitude ou a capacidade de determinação por essa mesma avaliação diminuída. Não se trata aqui de verdadeiras inimputabilidades em sentido estrito, mas, antes, de inimputabilidades jurídicas. A estas poderá ser aplicada como consequência jurídica do ilícito típico praticado uma pena de prisão ou medida de segurança consoante se julgue o agente do crime como imputável ou inimputável.

Para Maria João Antunes, os imputáveis diminuídos serão declarados como inimputáveis e, em consequência disso, ser-lhes-á aplicada uma medida de segurança, quando se comprove que as exigências de prevenção especial serão alcançadas de forma mais eficaz e adequada através da aplicação de uma medida de segurança, em detrimento da aplicação de uma pena de prisão, por aquela ser vocacionada para o tratamento psiquiátrico⁵⁸⁸.

Importa ter em consideração alguns aspectos teóricos acerca da medida de segurança, pois esta tem pressupostos mais estritos na sua aplicação do que a pena de prisão.

A declaração de inimputabilidade exclui a culpa penal do agente do facto, não sendo possível, por isso que lhe seja aplicada uma pena de prisão⁵⁸⁹. Assim, o juízo de culpa que preside à aplicação da pena de prisão, através do qual a pena não poderá ultrapassar a culpa espelhada no facto é substituído por um juízo de perigosidade. Assenta este na ideia de que a medida de segurança tem como pressuposto a perigosidade do agente do crime relativamente à prática de outros ilícitos típicos. Para Figueiredo Dias, é essa a

⁵⁸⁸ ANTUNES, Maria João, *Medida de segurança e de internamento e facto de inimputável em razão de anomalia psíquica*, Coimbra, Coimbra Editora, 2002, p. 482-483.

⁵⁸⁹ LEAL-HENRIQUES, M, SANTOS, Manuel Simas, *op. cit.*, p. 677.

finalidade genérica da medida de segurança, que só será conseguida através de uma acção especial-preventiva sobre o agente. No entanto, a finalidade prevalecente da medida de segurança não deixa de ser a prevenção especial. Resultando nisso a dupla funcionalidade das medidas de segurança: uma função de segurança e uma função de socialização.

Apesar de a função socializadora ser a função prevalente, a medida de segurança só poderá ser aplicada para prevenir a prática de futuros crimes mediante um juízo de perigosidade. Para tanto, fica dependente da prática de um facto ilícito-típico através do qual se reflecta essa perigosidade, pois a mera prática de um crime não justifica a aplicação de uma medida de segurança. Ainda que exista uma necessidade de socialização deverá sempre estar presente a perigosidade. Necessário é também que o crime praticado seja um crime grave, contudo, a aferição da perigosidade do agente deverá ser feita de forma autónoma e não em conexão com a gravidade do facto praticado⁵⁹⁰.

O perigo assenta num juízo de prognose, na medida que se refere à probabilidade futura da prática de ilícitos-típicos. De acordo com Figueiredo Dias, é necessário que seja uma possibilidade qualificada e não uma mera possibilidade, pois essa existe sempre. Essa possibilidade qualificada assenta na ideia de protecção da segurança da sociedade posta em causa pela perigosidade do agente. É exigido, no entanto, que a perigosidade se refira a crimes da mesma espécie do ilícito-típico praticado, pois a não ser assim, corre-se o risco de que a medida de segurança sirva como um instrumento de intervenção estadual para uma perigosidade inespecífica ou para solucionar o problema de socialização de um concreto agente⁵⁹¹.

A doutrina entende que só será possível aplicar uma medida de segurança de internamento se ao tempo em que esta deva ser aplicada ainda persistir a inimputabilidade do agente⁵⁹². Contudo, Maria João Antunes considera que nos casos de imputabilidade diminuída ainda poderá ser aplicada uma medida de segurança, se ao tempo da condenação já não persistir a perigosidade do agente, isto porque entende que a declaração de inimputabilidade nos casos de imputabilidade diminuída resulta numa

⁵⁹⁰ DIAS, Jorge de Figueiredo, *Direito penal português - parte geral - as consequências jurídicas do crime*, vol. II, Lisboa, Notícias, 1993, pp. 425-427.

⁵⁹¹ *Ibid.*, pp. 441-443.

⁵⁹² LEAL-HENRIQUES, M., SANTOS, Manuel, *op. cit.*, p. 681.

declaração jurídica e, por isso, se não existisse o artigo 20º/2 esses imputáveis seriam julgados como verdadeiros imputáveis e ser-lhes-ia aplicada uma pena de prisão. Assim, nestas situações, as necessidades de prevenção geral positiva assumem uma função autónoma na aplicação da medida de segurança⁵⁹³, para tanto, entende que o artigo 91º/2 aplica-se apenas aos casos de inimputabilidade declarada nos termos do artigo 20º/2/3, pois só relativamente a estes é que se fazem sentir as necessidades de prevenção geral⁵⁹⁴.

Nos casos de neonaticídio – morte do recém-nascido logo após o parto, como resultado da negação da gravidez – é unânime na literatura científica que estas mulheres não representam um perigo para a sociedade. A prática do crime é o resultado de um estado mental transitório, por isso não sofrem de nenhuma patologia e, nesse sentido, não existe a possibilidade de reiteração da prática de crimes contra a vida⁵⁹⁵. Alguns autores defendem que a repulsa e o desgosto sentidos quanto à prática desse facto, baseiam-se num perigo abstracto e não num perigo real, pelo que nos casos de infanticídio as mulheres merecem uma punição mais branda no que na prática de outros homicídios, pois o perigo é um factor agravante da pena que no caso concreto não tem aplicação. O perigo inerente às mães infanticidas existe apenas para elas próprias ou para futuros filhos que possam vir a ter⁵⁹⁶.

Há autores que consideram que deverá ser afastada a punição da mulher e, ao invés, a consequência jurídica deverá ser a terapia para reabilitação, de forma a que esta se torne mais madura e saudável, ao perceber o crime que praticou e a razão pela qual o fez⁵⁹⁷. Esta corrente doutrinária vai de encontro à denominada “jurisprudência terapêutica”, proposta por Bruce Winick. Consiste no ideal de que a lei actua como um agente terapêutico sobre os cidadãos que cometem ilícitos. Assim, a aplicação da lei será terapêutica para o agente do crime quando actua sobre ele com uma ética de cuidado e sensibilidade psicológica e oferece uma oportunidade de reabilitação. Tem uma consequência positiva na forma como o agente olha para o sistema judicial, pois

⁵⁹³ ANTUNES, Maria João, *op. cit.*, pp. 482-483.

⁵⁹⁴ ANTUNES, Maria João, *Penas e medidas de segurança*, Coimbra, Almedina, 2017, p. 119.

⁵⁹⁵ MATEUS, Joana da Silva, *op. cit.*, p. 20.

⁵⁹⁶ BANGS, Elizabeth T., *op. cit.*, p. 104.

⁵⁹⁷ MATEUS, Joana da Silva, *op. cit.*, p. 21.

considera que este o tratou de forma digna e justa e, por isso, serão capazes de se responsabilizar pelos factos cometidos⁵⁹⁸.

Pensamos que será este o caminho a tomar na resposta a dar quanto à prática do crime de infanticídio. Não concordamos com a ideia de que não há nestas mulheres uma perigosidade. Ela existe apesar de não se traduzir numa ameaça ao nível do quotidiano para a sociedade. A perigosidade baseia-se no facto de as perturbações psicológicas que estão na base do desenvolvimento do fenómeno de gravidez persistirem se não forem tratadas, pelo que reside nesse aspecto a probabilidade de que o agente venha a praticar um facto ilícito-típico, nomeadamente, o crime de infanticídio. Também na psicose puerperal esta possibilidade mantém-se. O que distingue a psicose puerperal da psicose nos termos gerais é o seu carácter transitório, na medida que esta está em estreita conexão com o momento do parto, e pode mesmo vir a desaparecer sem tratamento, contudo, a falta de tratamento fará com que a mesma possa vir a surgir no futuro. Na base da psicose puerperal estão, muitas vezes, outras perturbações psiquiátricas, como a bipolaridade e a esquizofrenia. Assim, em casos de infanticídio precedido por negação da gravidez ou psicose puerperal, impõe-se um tratamento psicológico/psiquiátrico à mãe infanticida, para que com isso se possa prevenir a prática de futuros crimes contra a vida.

Será de excluir a pena de prisão nestes casos, por não fazer sentido a aplicação de uma pena a um agente que no momento do facto tinha a sua capacidade de discernimento consideravelmente afectada. Foi em virtude dessa imputabilidade diminuída que o agente cometeu o ilícito típico, pois de outra forma não o faria. É esse aspecto que justifica que não lhe seja aplicada uma pena de prisão, pois irá sempre encarar a prisão como castigo por um facto que ela mesma não compreende.

Apesar de entendermos que é possível fazer aqui um juízo de perigosidade quanto às mães infanticidas, essa perigosidade não se reflecte numa perigosidade geral para a sociedade. A segurança da população não se encontra em perigo constante pela mulher, esse perigo é bastante específico, ele só existirá na medida que as perturbações psicológicas da mulher, quando despoletadas por algum evento social, possam levar à

⁵⁹⁸ AYRES, Susan, MANJUNATH, Prema, “Pregnancy denied, pregnancy rejected in Stephanie Daley”, in *Law, Cultural and the Humanities*, vol.12, 1, 2016, pp. 145-146 (132-154).

prática de crimes contra a vida ou contra a integridade física. Aqui reside o perigo que justifica a medida de segurança.

Contudo, não existindo uma elevada exigência de segurança, entendemos que o tratamento da mulher infanticida poderá ser feito em liberdade, pelo que não seria de aplicar o regime de internamento de inimputáveis. No entanto, tal não poderá suceder pois as medidas de segurança não privativas, presentes no Código Penal – interdição de actividades; cassação do título e interdição da concessão do título de condução do veículo com motor; aplicação de regras de conduta -, não terão aplicação nos casos do crime de infanticídio, pois para estes será necessária uma medida terapêutica. Este regime de medidas de segurança privativas e não privativas da liberdade, não acautela de forma adequada o princípio da preferência por penas não privativas, segundo o qual a pena privativa de liberdade só deverá ser aplicada quando as medidas não privativas se revelem insuficientes para as finalidades da punição e, quando, a finalidade de prevenção das medidas de segurança não possa ser alcançada com uma pena não privativa da liberdade⁵⁹⁹.

A estes casos será de preferir a aplicação de uma medida de segurança, pois a aplicação de uma pena de prisão poderá ter no caso concreto um efeito oposto àquele pretendido, visto estarmos a tratar de mulheres com alguns problemas psicológicos e uma elevada necessidade de socialização, tendo em conta que são as fracas relações pessoais que muitas vezes estão na base dos problemas que originam as influências perturbadoras do parto. As desvantagens da pena de prisão nos casos de penas de curta e média duração são também reconhecidas por Figueiredo Dias que entende que as finalidades de socialização poderão ficar frustradas, devido ao corte entre o agente e as relações familiares e profissionais, e à desonra pela aplicação de uma pena de prisão, bem como pela possibilidade de que o agente se deixe motivar pela cultura criminógena que vigora nos estabelecimentos prisionais mediante o contacto com outros reclusos⁶⁰⁰.

Para Figueiredo Dias, poderá ser aplicada uma medida de segurança não privativa da liberdade nos termos do artigo 30º/2 da CRP, na medida que o regime de internamento será suspenso, podendo ser acompanhado por um tratamento ambulatorio – medida terapêutica em meio aberto. Essa solução resulta do princípio da subsidiariedade,

⁵⁹⁹ DIAS, Jorge de Figueiredo, *op. cit.*, pp. 74-75.

⁶⁰⁰ *Ibid.*, pp. 112-113.

através do qual não deverá ser executada uma medida de segurança privativa da liberdade, sempre que se considere que as finalidades poderão ser alcançadas em liberdade⁶⁰¹.

Também neste sentido se encontra Maia Gonçalves, ao considerar que se a cura do agente ou a segurança da sociedade puderem ser alcançadas em liberdade será preferível que assim suceda. Pela aplicação do princípio da subsidiariedade as medidas de segurança mais gravosas não deverão ser aplicadas se a protecção de bens jurídicos, tendo em conta a perigosidade do agente, puder ser realizada através da aplicação de medidas menos gravosas⁶⁰². Também para Leal-Henriques e Simas Santos, valerá o princípio da menor intervenção possível, através do qual só será aplicável o regime de internamento se de outra forma menos lesiva não puder ser alcançada a prevenção da perigosidade⁶⁰³.

Apesar de o crime de infanticídio ser alvo de uma grande repulsa por parte da sociedade as necessidades de prevenção geral não deverão ser o critério na pena a aplicar à mulher infanticida, seja enquanto pena de prisão ou medida de segurança privativa da liberdade. Tendo em conta nomeadamente que nas medidas de segurança, a prevenção geral não possui autonomia enquanto finalidade, só podendo ser alcançada enquanto um reflexo da aplicação de uma medida de segurança ao concreto agente do crime. Figueiredo Dias entende, também, que o homem normal não toma como modelo o inimputável e, portanto, as expectativas comunitárias não serão frustradas se a este não for aplicada uma pena privativa da liberdade⁶⁰⁴.

A jurisprudência Alemã segue a ideia de que o regime de internamento só deverá ser aplicado quando o estado de anomalia psíquica que funda a inimputabilidade seja duradouro, assim, os estados passageiros não justificam a aplicação desta medida, de acordo com os princípios da necessidade, subsidiariedade e proporcionalidade⁶⁰⁵. Penso que deveria ser este o raciocínio a seguir, pois só as anomalias psíquicas mais graves justificam o regime de internamento, para uma melhor eficácia do tratamento que também ele é mais intenso.

⁶⁰¹ *Ibid.*, p. 501.

⁶⁰² GONÇALVES, Manuel Maia, *Código penal português - anotado e comentado e legislação complementar*, Coimbra, Almedina, 1996, p. 440.

⁶⁰³ LEAL-HENRIQUES, M., SANTOS, Manuel Simas, *op. cit.*, p. 682.

⁶⁰⁴ DIAS, Jorge de Figueiredo, *op. cit.*, p. 426.

⁶⁰⁵ *Ibid.*, p. 469.

Tratando-se de um crime contra a vida, seria de aplicar o artigo 91º/2, tendo como limite mínimo de duração da medida de segurança, 3 anos.

Consideramos, no entanto, que em caso de dúvida quanto ao grau de intensidade da anomalia psíquica que a parturiente sofria à data da prática dos factos, se o juiz ficar em dúvida quanto à imputabilidade diminuída, deverá fazer-se valer do princípio *in dubio pro reu* e punir pelo artigo 136º com uma pena de prisão, ou nos casos em que uma pena de prisão satisfaça melhor as necessidades de prevenção especial.

Relação interdisciplinar entre o Direito e a Medicina

O Direito Penal é uma ciência autónoma de outras ciências, contudo, para a construção das normas jurídicas, é necessário que estabeleça uma relação com outras ciências, como a antropologia, a psicologia e a sociologia criminal. Através delas chega-se à construção do conceito de delinquente⁶⁰⁶.

As teorias psicológicas têm importância na definição de crime, pois colocam questões importantes: saber se o agente actuou por vontade própria; se o crime ocorreu como uma resposta a influências externas; de que forma se pode considerar que o comportamento era inevitável; e, se um acto criminoso é uma manifestação do livre-arbítrio ou determinado por factores biológicos ou ambientais⁶⁰⁷.

Estabeleceu-se no Direito Penal uma distinção entre sanidade mental, estados emocionais temporários, paixões, intoxicações, anomalias psíquicas com desenvolvimento mental incompleto, loucura, condutas impulsivas, condutas repetitivas, carácter e inteligência. Essas concepções tornaram-se importantes na evolução do Direito Penal de mera justiça retributiva pelo crime praticado para o conceito de “justiça terapêutica”. Assim, evoluiu na preocupação da averiguação da racionalidade de cada arguido⁶⁰⁸.

A principal relação interdisciplinar entre o Direito e a medicina surge na temática da imputabilidade. Para o preenchimento deste conceito é imprescindível uma relação auxiliar entre o Direito e as ciências da saúde mental, nomeadamente da psiquiatria. É neste ponto que elas se unem, pois é necessário que para o exame da imputabilidade sejam conhecidas as doenças mentais⁶⁰⁹.

Em Portugal, a primeira referência à questão da imputabilidade – assentando esta sob o pressuposto da inexistência de anomalias psíquicas – surgiu com as

⁶⁰⁶ FEVEREIRO, Agostinho de Torres, GOUVÊA, Augusto Folque, *Direito Penal – lições feitas em harmonia com as prelecções do Exmo. Sr. Dr. Beza dos Santos ao quarto ano jurídico de 1919-1920*, Coimbra, 1920, p. 8.

⁶⁰⁷ HOLLIN, Clive R., *Psychology and Crime: an introduction to criminological psychology*, 2ª ed., Routledge, Londres e Nova Iorque, 2013, p. 9.

⁶⁰⁸ SERRANO, Alan Índio, “Perícias médicas e juízo”, in *Curso de Direito Médico*, São Paulo, Conceito editorial, 2011, p. 459 (437-473).

⁶⁰⁹ AA. VV., *op. cit.*, p. 317.

ordenações Afonsinas, no tomo III. Para que a lei pudesse ser aplicada era necessário apurar uma vontade consciente, um propósito ou a culpa⁶¹⁰.

A psicologia e o Direito têm em comum o ser humano enquanto objecto de intervenção, ambas partem do indivíduo enquanto sujeito responsável pelos seus actos, com capacidade intelectual suficiente para os modificar. Entende-se que a psicologia introduziu no Direito o conceito da diferenciação individual e das componentes sociais⁶¹¹.

O ramo da psiquiatria é definido por Fernandes de Fonseca, como a “ciência empírica que tenta promover a recuperação do indivíduo afectado na sua mente”⁶¹².

A relação entre o Direito e a psiquiatria teve os seus inícios no Direito Romano, pois já nessa altura se legislava sobre os pressupostos de uma consciência moral e de responsabilidade. (da psiquiatria ao direito, 185) Era comum a referência a características mentais, como a fúria, a tolice, a estupidez, e menções a mentecaptos e dementes. Os doentes mentais que praticassem factos criminais não seriam alvo de imputação, excepto se fossem praticados nos intervalos lúcidos da doença. Os jurisconsultos entendiam que os indivíduos considerados furiosos tinham castigo suficiente na doença, e os estados de exaltação seriam uma circunstância atenuante⁶¹³.

A psiquiatria forense surgiu após a revolução francesa com a lei de reforma hospitalar em 1838. A partir desta lei operou-se a distinção entre doentes mentais graves e criminosos. Visava acautelar os direitos do doente mental. Assim, tinha enquanto pressupostos fundamentais, a defesa da sociedade relativamente a doentes mentais, contrapondo com a defesa dos seus respectivos direitos, na medida que o cidadão só poderia ser responsável pelos actos em que fosse considerado responsável, de acordo com a sua razão e plenitude da vontade⁶¹⁴.

O caso McNaughten, ocorrido na Escócia em 1843, foi uma das primeiras manifestações da importância do diagnóstico de insanidade mental no julgamento penal.

⁶¹⁰ POLÓNIO, Pedro, *op. cit.*, p. 12.

⁶¹¹ SILVA, Carlos Fernandes da, COSTA, Pedro, FERREIRA, Sofia, MAIA, Luís Alberto, “Psicologia forense: caracterização, objecto e métodos de avaliação – uma discussão do fórum a partir da ágora”, in *Polícia e Justiça – Revista do Instituto Superior de Polícia Judiciária e Ciências Criminais*, Janeiro-Junho, III série, nº7, Coimbra editora, p. 308 (299-326).

⁶¹² CABRAL, Ana Sofia, MACEDO, António, VIEIRA, Duarte Nuno, “Da psiquiatria ao Direito”, in *Julgar*, nº7, Janeiro-Abril, Coimbra editora, p. 186 (185-196).

⁶¹³ POLÓNIO, Pedro, p. 11.

⁶¹⁴ CABRAL, Ana Sofia, MACEDO, António, VIEIRA, Duarte Nuno, *op. cit.*, pp. 185-186.

Em 1843, um lenhador e comerciante de Glasgow, tentou assassinar o Primeiro-Ministro Britânico, Robert Pell, contudo, por acidente, acabou por alvejar o seu secretário de Estado. Após a averiguação do estado de insanidade mental foi criada a lei de McNaughten, permitindo a invocação da defesa com base no estatuto de insanidade mental, desde que ficasse demonstrado que no momento da prática do facto o arguido agia sobre um defeito racional ou doença mental, de tal forma intensas que lhe tenham retirado o discernimento acerca do seu acto. Assim, no século XIX - a par com outros marcos históricos, nomeadamente quanto ao lançamento de obras que relacionavam psicologia com Direito - mostrou-se necessária uma relação entre as ciências sociais e a actividade judicial, de forma a que as primeiras prestassem auxílio na actividade dos segundos⁶¹⁵.

A lei de reforma hospitalar veio criar o conceito de psiquiatria forense⁶¹⁶ que, nas palavras de Pedro Polónio é “uma ciência auxiliar do Direito”⁶¹⁷, pois visa definir os elementos sobre os quais assentam a opinião pericial do médico, que irão auxiliar o juiz na tarefa de aplicação da lei a doentes mentais. Para Fernandes de Fonseca, trata-se de “uma ciência de carácter médico-legal”, nascida dos conhecimentos da psiquiatria e da jurisprudência⁶¹⁸.

A psiquiatria forense é entendida também como o encontro entre a psicologia judiciária e a medicina legal. O objectivo da psicologia judiciária é o de determinar as condições psíquicas de um concreto agente, de forma a poder interpretar os seus actos, palavras e pensamentos, e averiguar a consciência e subsequente responsabilidade penal⁶¹⁹.

Considera-se que a psicologia forense se desenvolveu no contexto das leis e conceitos jurídicos. A psicologia é entendida como um estudo baseado na intervenção psicológica, e a psicologia forense é vista como uma investigação clínica que estuda os transtornos mentais. A psicologia forense, ainda que constitua um ramo das ciências psicológicas, é a convergência entre a psicologia e o Direito, pois actua nos dois

⁶¹⁵ SILVA, Carlos Fernandes da, COSTA, Pedro, FERREIRA, Sofia, MAIA, Luís Alberto, *op. cit.*, pp. 301-302.

⁶¹⁶ CABRAL, Ana Sofia, MACEDO, António, VIEIRA, Duarte Nuno, *op. cit.*, p. 186.

⁶¹⁷ POLÓNIO, Pedro, *op. cit.*, p. 9.

⁶¹⁸ CABRAL, Ana Sofia, MACEDO, António, VIEIRA, Duarte Nuno, *op. cit.*, p. 186.

⁶¹⁹ FEIORE, Umberto, *Manual de Psicologia Judiciária*, versão de E. Carvalho, Lisboa, Livraria Clásica editora de A.M. Texeira, 1914, pp. 15-16.

ramos⁶²⁰. É definida como a prática dos psicólogos que actuam como peritos quando requeridos pelo sistema judicial para aprofundamento do conhecimento científico psicológico. É a ciência que aplica os conhecimentos da psicologia às questões colocadas pela justiça⁶²¹.

A origem do termo “imputabilidade” tem sido discutida, tendo em conta a que ciência pertence: ao Direito ou à psiquiatria? A maioria considera trata-se de um conceito jurídico. E, nessa medida, apenas o juiz terá competência para determinar se um concreto agente é ou não imputável.

Contudo, também se considera existir uma delegação de poderes por parte do juiz, no médico perito, para que seja este a dar resposta à pergunta: imputável ou inimputável?

Tendo por base esta discussão, surgem duas teorias.

Na primeira teoria – a denominada “tese ultrajurídica” – criticam esta “delegação de poderes”, pois converte os papéis. Assim, o perito transforma-se no julgador do caso, enquanto que o juiz passa a ser um mero espectador. A segunda teoria – denominada tese “ultramédica” – considera que o perito decide muitas vezes o processo penal, tendo em conta a missão de informação que lhe incumbe. Assim, a questão da valoração dos actos e da imputação de um concreto agente é da exclusiva competência do psiquiatra, pois este estuda directamente o psíquico do autor do facto típico, tendo em conta as circunstâncias atinentes ao crime, e o papel que tiverem na determinação da prática do facto, enquanto acto livre ou condicionado. Em consequência disso, será declarada a imputabilidade ou inimputabilidade, e por isso consideram ser a determinação da (in)imputabilidade uma função do perito e não do juiz⁶²².

Santiago Delgado Bueno, considera esta discussão infundada, pois o termo “imputabilidade” é uma palavra com um duplo valor semântico. Tendo em conta que o Direito e a psiquiatria se unem em virtude deste conceito, entende então que a definição de imputabilidade será o produto da união. Assim, o conceito de imputabilidade terá

⁶²⁰ SILVA, Carlos Fernandes da, COSTA, Pedro, FERREIRA, Sofia, MAIA, Luís Alberto, *op. cit.*, p. 308.

⁶²¹ *Ibid.*, *op. cit.*, p. 310.

⁶²² BUENO, Santiago Delgado, *op. cit.*, Madrid, Colex, 1994, p. 318.

tanto uma vertente jurídica, como uma vertente psicobiológica. Trata-se de um conceito psicobiológico valorizado pelo Direito, sendo então um conceito psiconormativo. Assim, a avaliação da imputabilidade caberá ao juiz e ao psiquiatra, mediante diferentes contributos. Ao psiquiatra cabe avaliar a causalidade psíquica entre o autor do facto típico e a concreta acção para, assim, decidir sobre a imputabilidade psíquica. Ao juiz cabe a última palavra no processo penal: será este a decidir se o agente é imputável ou inimputável, ou seja, irá decidir a imputabilidade jurídica⁶²³.

Para que o juiz possa apurar a imputabilidade ou inimputabilidade do indivíduo, torna-se imprescindível a ajuda de psicólogos, psiquiatras, sociólogos e pedagogos, para que sejam tidas em conta as características do homem criminoso, e não sejam preenchidas com ideias abstractas e especulações⁶²⁴.

A discussão acerca de a quem deve pertencer a avaliação da imputabilidade jurídica de quem pratica um crime não existe apenas entre o Direito e a psiquiatria, também dentro das ciências de carácter médico surge esta discussão.

Assim, há quem considere o designado “alienista” incapaz de se pronunciar sobre psicologia, pois as acções humanas são enigmáticas e a psiquiatria não conseguirá contribuir para o seu estudo, por não ter as noções jurídicas básicas nem hábitos periciais, formulando informações demasiado técnicas, incompreensíveis para os tribunais.

Este confronto entre forenses e psiquiatrias promoveu o aparecimento de outras estruturas profissionais auxiliares da justiça, como: higienistas, assistentes sociais, reeducadores e, psicólogos.

Para Santiago Delgado Bueno, a perícia médico-legal cabe ao médico forense, pois é este quem domina a prática pericial, apesar de possuir apenas conhecimentos básicos sobre psicologia e psiquiatria, solucionando-o através da consulta de informações complementares⁶²⁵.

⁶²³ *Ibid.*, p. 319.

⁶²⁴ POLÓNIO, Pedro, *op. cit.*, p.17.

⁶²⁵ BUENO, Santiago Delgado, *op. cit.*, pp. 320-321.

A relação entre juiz e perito tem algumas complicações, nomeadamente na comunicação entre ambos. Sendo ciências diferentes, comportam diferentes linguagens, gerando alguma incompreensão e confusão da parte de ambos.

Uma dessas diferenças no que diz respeito à linguagem, surge na distinção entre demência e psicopatia. Para os juristas estes termos são equivalentes, e nele podem encontrar todas as doenças e anomalias mentais. Contudo, para a psiquiatria o seu sentido é mais limitado e distingue uma figura da outra. Assim, na demência há uma afectação permanente das faculdades psíquicas do sujeito, ao passo que na psicopatia, existem variações nas características normais da personalidade. Uma outra diferença surge com o conceito de debilidade mental. Para os juristas, significa graus ligeiros de anomalia psíquica, para os psiquiatras corresponde apenas à oligofrenia, constituindo o seu grau mais leve.

Devido a essas complicações na comunicação, Pedro Polónio considera que os termos técnicos deverão ser precisados, de forma a acabar com as confusões entre ambas as ciências⁶²⁶.

Santiago Del Bueno, entende que, face às confusões semânticas, o perito na avaliação médico-psiquiátrica deverá utilizar a terminologia formulada pelo tribunal e pelas partes⁶²⁷.

A perigosidade também é um aspecto importante na manifestação da relação interdisciplinar entre o Direito e a Psiquiatria forense, quando advinda de uma doença mental. Ao caracterizar um indivíduo enquanto perigoso, tem-se como objectivos principais a defesa da sociedade de agressões que possa resultar do agente; a defesa do doente mental contra si mesmo, tendo em conta os riscos de autolesão; e o tratamento da respectiva doença⁶²⁸.

A prova assume uma elevada importância na relação entre o Direito e a Medicina, tendo em conta que a aplicação da lei – nomeadamente uma aplicação justa – impõe conhecimentos aprofundados sobre questões médicas ou biológicas⁶²⁹.

⁶²⁶ POLÓNIO, Pedro, *op. cit.*, p. 10.

⁶²⁷ BUENO, Santiago Delgado, *op. cit.*, p. 316.

⁶²⁸ CABRAL, Ana Sofia, MACEDO, António, VIEIRA, Duarte Nuno, *op. cit.*, p. 187.)

⁶²⁹ COSTA, Diogo Pinto da, “A medicina legal na administração da justiça: alguns aspectos das exclusivas e diferenciadas especificidades dos serviços médico-legais enquanto serviços de apoio pericial

Perícia médico-legal

A medicina legal insere-se no grupo das ciências forenses, sendo estas vistas como um conjunto de ciências e técnicas auxiliares da administração da justiça⁶³⁰.

Em Espanha, sob o código Carolino de Carlos V em 1532, é exigido, pela primeira vez, um relatório pericial visando indagar as condições psiquiátricas dos delinquentes, para proveito dos juízes. Este momento marca o início do desenvolvimento do estudo do princípio da culpa⁶³¹.

A perícia é definida por Germano Marques da Silva como “*a actividade de percepção ou apreciação dos factos probandos efectuada por pessoas dotadas de especiais conhecimentos técnicos, científicos ou artísticos*”. Constitui um meio de prova⁶³².

A prova pericial encontra-se regulada nos artigos 151º e seguintes do CPP.

A perícia médico-legal, enquanto auxílio prestado pelos profissionais destas áreas ao Juiz e ao Ministério Público, surgiu apenas em 1987, com o Decreto-lei nº 387-C/87 de 29 de Dezembro, que veio instituir uma organização médico-legal, destinados a prestar o respectivo apoio pericial, mediante a realização de exames e perícias⁶³³.

Tem a designação de “prova médico-legal” por se entender como o conjunto de conhecimentos médicos e biológicos, destinados a auxiliar o juiz na aplicação da lei, esclarecendo-o acerca de determinados aspectos referentes ao campo da medicina forense⁶³⁴.

aos tribunais e ao ministério público”, in *Liber amicorum – Manuel Simas Santos*, rei dos livros, 2016, p. 397 (395-421).

⁶³⁰ *Ibid.*, p. 398.

⁶³¹ POLÓNIO, Pedro, op. cit., p. 12.

⁶³² SILVA, Germano Marques da, *Curso de Processo Penal*, vol. II, 3ª ed., Verbo, 2002, p. 197.

⁶³³ COSTA, Diogo Pinto da, op. cit., p. 395.

⁶³⁴ *Ibid.*, pp. 387-398.

A perícia diz respeito à apreciação de factos que não se encontram dentro do âmbito de formação jurídica do juiz e da sua cultura geral. Pode incidir sobre coisas, lugares e pessoas, nomeadamente sobre a vítima e/ou o arguido⁶³⁵.

No artigo 163º do CPP encontra-se o valor da perícia, estipulando que o juiz poderá discordar do perito, desde que fundamente a sua discordância⁶³⁶. Assim, o CPP consagra um regime mitigado, pois o juiz pode ainda decidir sobre a existência de uma anomalia psíquica e os seus referidos efeitos⁶³⁷.

O médico-legista, quando chamado ao processo judicial, actua enquanto perito em quatro momentos fundamentais do processo judicial:

- a) num primeiro momento, o seu papel consiste na constatação do crime, cabendo-lhe determinar a natureza da infracção e da causa criminal ou accidental. Actua através do estudo médico-legal, de visitas, de levantamento do cadáver (quando se trata de um homicídio) e respectiva autópsia, bem como da análise toxiológica e biológica;
- b) no segundo momento, deverá indagar acerca de quem foi o autor do facto típico, através do estudo das provas fornecidas, em laboratórios de polícia científica e medicina legal;
- c) no terceiro momento, afere o grau de responsabilidade do autor. Assume aqui relevância o estudo psiquiátrico;
- d) por fim, enquanto último e quarto momento, deverá fazer a prova da intenção criminal do agente, tendo por base observações médico-legais⁶³⁸.

A perícia médico-legal poderá assentar no serviço de psiquiatria forense, através do qual são realizados exames psiquiátricos destinados a apurar o estado mental dos arguidos e respectivas capacidades cognitivas. Essas perícias são essenciais para averiguação do estado de inimputabilidade do arguido⁶³⁹.

⁶³⁵ TRINDADE, Cláudia David, “A prova pericial no processual penal português”, Relatório de Direito Processual Penal, Lisboa, Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, s.d, p. 2.)

⁶³⁶ ALMEIDA, Carlota Pizarro de, *op. cit.*, p. 1006.)

⁶³⁷ ALMEIDA, Carlota Pizarro de, “Contributo para o estudo do conceito normativo de inimputabilidade”, Dissertação de Mestrado, Lisboa, Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, 1988, pp. 103-104.

⁶³⁸ SIMONIN, C., *Medicina legal judicial – legislación y jurisprudência españolas*, Barcelona, Editoria JMS, 2ª ed. Espanhola, 1966, pp. 25-26.

⁶³⁹ TRINDADE, Cláudia David, *op. cit.*, p. 21.

O papel do perito não tem relevância apenas no corpo da vítima – de ofensas à integridade física ou de homicídio – mas também na avaliação do estado mental do arguido, tendo como marco temporal o momento da prática do facto. Esta avaliação é entendida como um dos exames mais complexos na área da medicina/psiquiatria por se reportar a estados anteriores aos da perícia, que podem já não existir no momento da sua avaliação. A perícia poderá decorrer meses ou anos após a prática do crime, dificultando assim o exame.

Quando o estado mental perturbado do arguido tenha existido apenas no momento da prática do facto, mas já não no momento da perícia, o papel do perito consiste em analisar apenas os resquícios que tenham sido deixados pela presença da anomalia psíquica, devendo proceder também à inquirição de testemunhas, exames de conduta e outros elementos através dos quais possa proceder à reconstrução do facto típico. Assim, ao perito caberá a identificação da anomalia psíquica e respectivo grau, da qual o agente padecia no momento da prática do facto, bem como no momento anterior ao do crime, tenha estado o agente sob os efeitos de uma anomalia ou não.

O exame psiquiátrico ao agente deverá ter em conta o histórico familiar e individual, os elementos ambientais nas quais este se insere, e a sua respectiva influência no desenvolvimento da personalidade. Poderão ser realizados alguns exames de processos psíquicos⁶⁴⁰.

A perícia deverá auxiliar o magistrado na indagação da imputabilidade ou inimputabilidade do referido arguido⁶⁴¹.

O papel do perito na aferição da perigosidade do agente consiste em fornecer um retrato claro, preciso e detalhado acerca da personalidade do mesmo, e recomendar os tratamentos que considera mais adequados tendo em conta o quadro psicológico do indivíduo, e de que forma poderá condicionar o comportamento criminal futuro⁶⁴².

A perícia relativa à perigosidade é importante para que o juiz possa decidir se deve substituir a medida de segurança de internamento (artigo 91º), e se deve decretar a suspensão da execução do internamento (artigo 99º). Quando a perícia aponte para a

⁶⁴⁰ SALOMÃO, Paulo Salvador, “A avaliação pericial da imputabilidade”, Relatório do Seminário de Criminologia, Lisboa, Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, 2010, pp. 16-18.

⁶⁴¹ *Ibid.*, p. 21.

⁶⁴² (maria João antunes 157)

imputabilidade diminuída do agente, aquela deverá revelar para a escolha entre pena de prisão especialmente atenuada ou medida de segurança, deparando-se também com a questão acerca de o imputável poder ser internado num regime para inimputáveis, quando o estabelecimento comum se mostre prejudicial ao agente devido à anomalia psíquica.

Seja qual for o sentido da perícia – imputabilidade, imputabilidade diminuída, ou inimputabilidade – é importante na escolha da medida, pois nesta o tribunal tem de sempre de ter em conta os sentimentos do agente na preparação do crime, os seus fins ou motivos foram determinantes para a decisão⁶⁴³.

O psiquiatra, quando chamado a juízo no papel de perito, deverá dar a sua opinião profissional na difícil questão de saber se o agente do crime tinha, no momento da prática do facto, a capacidade de avaliação e de determinação de acordo com a avaliação feita. Assim, ao perito cabe o papel de averiguar da existência ou não de uma anomalia psíquica no arguido, dando respeito aos efeitos que essa anomalia possa ter tido na capacidade de raciocínio, discernimento e avaliação do facto praticado⁶⁴⁴. O principal objectivo da perícia médica deverá ser, por isso, a averiguação do estado mental do agente no momento da prática do facto típico. Apenas será necessário que avalie em que medida se encontravam afectadas a inteligência e a vontade – pressupostos da inimputabilidade.

Contudo, o papel do perito chamado a juízo não se extingue somente com essa avaliação, deverá também fazer uma análise acerca da personalidade do indivíduo, da sua experiência social, dos seus padrões morais e sociais, e do nível de Q.I. Só com todas estas avaliações poderá o juiz influir num juízo acerca da imputabilidade ou inimputabilidade⁶⁴⁵. Na avaliação da personalidade, o juiz não poderá basear-se unicamente nos efeitos da doença mental, pois esta não faz diminuir a revelância que a personalidade tem na avaliação da violência para efeitos de perigosidade, terá de incluir todos os outros elementos estranhos à anomalia psíquica, e que são considerados como relevantes.

⁶⁴³ COSTA, F. Santos, ANTUNES, Maria João, “Acerca da imputabilidade diminuída no direito penal português”, in *Psiquiatria e Justiça*, Associação Portuguesa de Estudos Psiquiátricos, pp. 157-158 (153-158).

⁶⁴⁴ CABRAL, Ana Sofia, MACEDO, António, VIEIRA, Duarte Nuno, *op. cit.*, pp. 189-190.

⁶⁴⁵ VIEIRA, Fernando, BRISSOS, Sofia, “Direito e Psiquiatria – um olhar sobre a cultura judiciária na sua intersecção com a psiquiatria”, in *Julgar*, nº3, Set-Dez., Coimbra, Coimbra editora, 2007, pp. 49-50 (45-60).

Nos termos do artigo 163º do CPP, a avaliação ínsita na perícia psiquiátrica não é vinculativa para o juiz, que poderá decidir em contrário se for essa a sua convicção, desde que fundamentada⁶⁴⁶.

Apesar de aparentar uma tarefa fácil e bem delimitada de médicos profissionais, a prova da imputabilidade é uma tarefa complexa, tendo em conta a própria complexidade do fenómeno psicossocial. Muitas vezes, o perito não adquire um grau de certeza quanto à anomalia psíquica do agente, ou até mesmo quanto à sua existência. Como condicionante de uma perícia certa, está também o facto de o perito ser muitas vezes chamado a intervir alguns dias, meses, ou anos após a prática do facto típico. Assim, é na data do exame médico que o perito tem de avaliar o estado mental do agente no tempo em que cometeu o crime. A avaliação a posteriori não é muito segura, pois sucede frequentemente que o estado mental não se mantém o mesmo, o sujeito podia estar afectado na altura em que cometeu o crime, mas já não o estar na altura do processo penal. O inverso também sucede, embora com menos frequência. Assim, torna-se difícil apurar a existência de impulsos que levam a uma acção típica.

Tendo esta condicionante, entende-se que a questão da imputabilidade é em si uma utopia, vista com um sentido de “ficção directiva”⁶⁴⁷.

Para além disso, há algum subjectivismo na sua aferição. A ideologia do perito, fundada de acordo a adesão do próprio a alguns paradigmas, pode levar a conclusões demasiado subjectivadas, baseadas na sua impressão ou intuição, com uma falta de rigor e que confirmem somente uma tese pré-concebida⁶⁴⁸.

As perícias no corpo da vítima deverão destinar-se a apurar também qual o instrumento e em que direcção se deram as lesões. Deverá ser feita uma observação e descrição minuciosa das lesões corporais⁶⁴⁹.

A prova do crime de infanticídio

⁶⁴⁶CABRAL, Ana Sofia, MACEDO, António, VIEIRA, Duarte Nuno, *op. cit.*, p. 190.

⁶⁴⁷ BUENO, Santiago Delgado, *op. cit.*, p. 323. (psiquiatria legal y forense 323)

⁶⁴⁸ Ibid., p. 324. (psiquiatria legal y forense – 324)

⁶⁴⁹ SANTOS, L.A., Duarte, *Medicina legal (colectânea anotada de alguns trabalhos e textos do autor)*, Coimbra, Casa do Castelo editora, 1965, p. 150.

O principal papel do perito consiste na reconstituição histórica do nascimento e morte do recém-nascido, através da observação do cadáver.

É necessário provar que o mesmo nasceu vivo. Para tal, terá de demonstrar que existiu respiração fora do ventre materno. Só assim se poderá dizer que tenha existido vida extrauterina.

Essa prova deve assentar sobre os pulmões do nascituro, identificando as modificações pulmonares que tenham ocorrido no nascimento e depois da morte.

O exame médico principal realizado tem a designação de “docimiasias pulmonares” e pode ser feito através dos seguintes métodos de prova:

a) prova macroscópica dos pulmões - destina-se a apurar se os pulmões respiraram. Se for o caso encontram-se aplicados na coluna vertebral, a não ser que estejam congestionados. Através de uma lupa na superfície pulmonar, é possível apurar o estado dos pulmões. Neste exame apuram-se as modificações que contribuíram para a estrutura fetal, devido à introdução do ar e, sobretudo, ao desdobramento mais ou menos completo dos brônquios e dos alvéolos;

b) docimasia hidrostática – é uma prova à base de água. A densidade dos pulmões que tenham respirado é inferior à densidade da água;

c) docimasia histológica – será feita apenas quando a putrefacção, a submersão e o estado patológico dos pulmões apresentam dúvidas quanto à prova⁶⁵⁰.

Poderão ser provas secundárias nos intestinos e no estômago – a penetração de ar nestes órgãos significa que existiu vida extrauterina – e, se o estômago conter um muco, viscoso, transparente ou mesclado, com copos esbranquiçados, também será um indício de que o recém-nascido viveu. Pode ser feita também uma prova na membrana do tímpano, perfurando a mesma sob água, para apurar a presença de ar no ouvido médico que, devido à respiração, substitui o tampão mucoso nele existente. Esta é a chamada prova de Wreden⁶⁵¹.

Após as provas, a conclusão será a de que se respirou, então viveu fora do ventre materno. Contudo, o inverso não é possível. Não basta apurar que o nascituro não

⁶⁵⁰ SIMONIN, C., *op. cit.*, pp. 244-247.

⁶⁵¹ *Ibid.*, p. 250.

respirou para podermos concluir que não viveu, pois, um recém-nascido pode viver durante um certo tempo – horas ou mesmo dias – sem respiração, estando em estado de morte aparente. Nestes casos é necessário averiguar a circulação fetal.

Por vezes as provas docimasias são negativas, mas ainda assim prova-se que o feto nasceu vivo. Assim sucedeu com uma prova feita num nascituro, que se demonstrou ter emitido um grito ao nascer, contudo, as docimasias apresentavam resultados negativos, e a rigidez cadavérica só apareceu ao fim de 7 horas após a morte. Os médicos-legistas acreditavam que o bebé, que foi atirado a um poço à nascença, tinha vivido durante várias horas.

Pode também suceder que o nascituro sobreviva durante alguns dias apenas a respirar parcialmente.

Para que se possa afirmar que o recém-nascido não teve vida extrauterina será necessário provar o fenómeno da morte do feto no útero.

Entende-se que a prova da morte do feto no útero é indiscutível, pois os sinais de maceração intrauterina que são apresentados no feto, indicam então que a expulsão do feto não ocorreu imediatamente depois da sua morte.

Um embrião morto nos primeiros meses de gestação pode se desintegrar e dissolver. Se a morte ocorrer no 3º ou no 5º mês, ficará mumificado. E se suceder a partir do 5º mês sofre transformações, devido ao processo da maceração.

A morte do recém-nascido também pode ocorrer de forma natural, sobretudo durante o parto, por compressão da cabeça ou asfixia. Pode acontecer que se dê uma interrupção da circulação fetal de seguida o feto venha a asfixiar, seja por compressão, pelo cordão, pelo desprendimento prematuro da placenta, por uma contractura no útero, ou por eclampsia. As causas da morte serão provadas através de lesões no fígado, no cérebro, por hemorragia meníngeas, petéquias e, fissuras do crânio⁶⁵².

Pode vir a falecer em virtude de uma hemorragia, decorrente da ruptura do cordão, ou da longa duração do parto ou pela membrana amniótica sobre a cara e orifícios respiratórios.

⁶⁵² *Ibid.*, pp. 251-252.)

Quando o parto ocorre por surpresa na mulher ou acidentalmente, acontecerá de forma muito rápida. Em virtude das circunstâncias do parto, a mulher fica muitas vezes sentada ou de cócoras, podendo ocasionar uma ruptura perineal. Se tiver lugar na sanita, a queda do nascituro pode levar a uma ruptura do cordão ou o arraste da placenta⁶⁵³.

Se o cordão romper ao cair na sanita, aparecerá roto e com fragmentos irregulares. Se a sanita contiver algum líquido, o nascituro será ficar submerso, e as matérias fecais são aspiradas ou deglutidas, encontrando-se na faringe, no estômago, na traqueia, nos brônquios e, nos alvéolos pulmonares. Após algumas horas, virá a falecer asfixiado pelos gases pútridos e os pulmões ficam completamente congestionados⁶⁵⁴.

Um parto precipitado pode ser provado pela ausência de bolsas serossanguíneas⁶⁵⁵.

Se a morte do recém-nascido ocorrer por asfixia por parte da mulher, será apurado através da presença de objectos estranhos na faringe ou de vestígios desse objecto nas equimoses subcutâneas, e de erosões de unhas ao redor da boca e do nariz. Essas provas indiciam manobras criminais, nomeadamente quando a asfixia seja feita com as mãos nos orifícios respiratórios do recém-nascido.

A estrangulação deixa marca visíveis no nascituro. Contudo, terá de ser distinguida do estrangulação natural pela circulação do cordão. Esta será reconhecida através de marcas ao longo da circunferência do pescoço, estendidas até ao umbigo. A marca será branda, superficial e sem erosão. Quando assim sucede, o recém-nascido não teve tempo de respirar, pelo que o exame das docimasias será negativo⁶⁵⁶.

Nos casos em que o nascituro falece devido a uma omissão de cuidados necessários, a morte pode ocorrer por asfixia, se este for deixado deitado sobre o ventre, ou pelo tempo exposto ao frio. A fome por não ter sido amamentado irá acusar-se lentamente. A observação da perda do peso não é imediata, só sendo possível apurar 1/3 dessa perda ao fim de 8 dias⁶⁵⁷.

⁶⁵³ *Ibid.*, pp. 252-254.

⁶⁵⁴ *Ibid.*, pp. 262-263

⁶⁵⁵ *Ibid.*, pp. 253-254

⁶⁵⁶ *Ibid.*, pp. 254-256)

⁶⁵⁷ *Ibid.*, pp. 263-264.

A duração do parto também é possível ser calculada, tendo em conta os diâmetros da cabeça do feto, comparados com os da pélvis maternal, e observando o desenvolvimento da bolsa serossanguínea⁶⁵⁸.

⁶⁵⁸ *Ibid.*, p. 273.

CONCLUSÃO

O tipo legal do infanticídio assenta sobre o pressuposto de que mãe do recém-nascido agiu movida pela influência perturbadora do efeito de dar à luz. É essa perturbação que fundamenta o estado de imputabilidade diminuída – artigo 2º/2 do CP – pressuposto pelo artigo 136º do CP, justificando, com isso, a atenuação da pena até 5 anos.

O estado de imputabilidade diminuída consiste na presença de uma anomalia psíquica que apesar de não excluir totalmente a consciência da prática do facto do agente do crime, todavia, a diminui por este não dominar os seus efeitos e, por isso, a capacidade de avaliação da ilicitude ou a capacidade de determinação de acordo com essa avaliação encontra-se sensivelmente diminuída. Assim, neste conceito, cabem aqueles estados de consciência que inibem a capacidade de reflexão que o agente tem do próprio facto, tendo em conta os efeitos da anomalia psíquica do qual padece ao tempo da prática dos factos. Traduzindo-se a culpa no poder agir de outra maneira e, apesar desse poder ter escolhido agir contrariamente ao Direito, a imputabilidade diminuída revela uma diminuição da capacidade de culpa, pois que a liberdade na escolha do comportamento encontrava-se sensivelmente diminuída.

Apesar de ser um conceito de difícil preenchimento pela doutrina, Eduardo Correia considera que terão lugar os estados intermédios entre a totalidade da consciência e a falta da mesma.

Entendemos que o conceito de imputabilidade diminuída funciona, antes, uma válvula de escape para o julgador, quando este não tenha a certeza acerca da imputabilidade do agente quanto à prática de um facto concreto. Assim, valerá o princípio *in dubio pro reu* e, na dúvida, o agente será julgado enquanto imputável diminuído.

Assim, caberão aqui aquelas perturbações transitórias que devido a esse carácter passageiro suscitam dúvidas acerca da inimputabilidade do agente, nomeadamente, por já não se manifestarem à data da condenação e, se reportarem, unicamente, ao momento da prática do facto, como fundamento para a prática do mesmo.

O conceito de influência perturbadora do parto, suscita dúvidas, não só quanto aos estados psicológicos susceptíveis de enquadrar esse conceito, mas também acerca da qualificação desses estados enquanto imputabilidade diminuída.

Para dar resposta a essas dúvidas decidimos analisar detalhadamente as perturbações que têm origem durante a gravidez e as que surgem após o momento do parto, de forma a saber se as poderemos enquadrar, ou não, no tipo legal do crime de infanticídio. Esse foi o objectivo principal da nossa investigação.

Apesar do critério temporal do artigo 136º - durante ou logo após o parto -, fizemos do momento do parto um factor de destrição relativamente às perturbações. Assim, por um lado, estão aquelas anteriores ao parto e, por outro, aquelas após o parto. O parto, enquanto factor de divisão entre ambas as perturbações, tem reflexos no momento da conduta. Portanto, as perturbações que tenham origem na gravidez levam ao homicídio do recém-nascido assim que este nasce, ou seja, os actos de execução empreendidos pela mãe tendentes à morte do recém-nascido ocorrem alguns segundos imediatamente a seguir. As perturbações que se desenvolvem após o parto, levarão ao homicídio do recém-nascido, alguns dias, semanas, ou meses após o mesmo.

Feita essa análise, apurámos que as perturbações psicológicas durante a fase de gestação, são: a ansiedade pré-natal; a depressão pré-natal; a negação não psicótica da gravidez; a negação psicótica da gravidez e, a ocultação da gravidez.

A negação não psicótica da gravidez, pode-se dividir em dois tipos: num primeiro, a gestante não experiencia os sintomas típicos da gravidez – como por exemplo, o aumento do ventre -, sendo o que justifica a falta de consciência relativamente à sua situação gravídica; no segundo, manifestam-se todos os sintomas, contudo, esta desenvolve um mecanismo de negação que a impede de aceder à informação relativamente a esse estado. Em ambas está patente na gestante a ideia de que uma gravidez nunca lhe poderá acontecer. Essa ideia tem por base conflitos internos da gestante ou o desconhecimento do próprio corpo, que leva a que menospreze os sinais da gravidez, por não saber associá-los a esse facto. No segundo tipo de negação não psicótica da gravidez pode acontecer que a gestante tenha tido, em algum momento, a certeza de estar grávida, sendo a partir daí que desenvolve o mecanismo de negação, pois este consiste na recusa em aceitar a realidade. Para desenvolver um mecanismo de negação é necessário primeiro ter alguma forma de contacto com a mesma. No entanto,

no primeiro tipo, a gestante pode nunca ter sido confrontada com a certeza de estar grávida, contudo, pode ter sido confrontada com a possibilidade da mesma, negando-a de seguida. É esse facto que justifica que ainda se possa considerar esse tipo enquanto um fenómeno de negação da gravidez, pois vem a negar a possibilidade da gravidez, realizando (inconscientemente) todos os esforços para não chegar a ter a certeza acerca da mesma. Por isso, ambas se traduzem numa negação do seu estado gestacional, embora num caso esse estado seja notório e noutro já não.

O que impede que no primeiro tipo se manifestem os sintomas da gravidez são os conflitos internos – que também constituem a base para a negação do segundo tipo -, impedindo, assim, o corpo de emitir sinais da gravidez, para que a gestante não seja confrontada com essa certeza. Pode acontecer que quando os sintomas da gravidez se venham a manifestar tardiamente esta continue em negação adoptando o mecanismo do segundo tipo.

Nos fenómenos da negação da gravidez pode acontecer que o conhecimento e o desconhecimento sejam intercalados, assim, num momento a gestante pode manifestar uma consciência acerca do seu estado, e noutro já não.

No segundo tipo de negação, a gestante, como forma de negar a ela própria e a outros, de forma inconsciente a gravidez, adopta justificações para os sintomas, como por exemplo, estar a engordar por comer demasiado, ou pelo stresse que tem vindo a sentir, entre outros. No primeiro tipo, não são invocadas justificações, pois todos os terceiros que contactam frequentemente com a gestante não têm dados suficientes – ou os que têm são muito diminutos – para desenvolver uma suspeita.

Apesar dos factores que as distinguem, ambas se traduzem numa falta de consciência quanto ao processo gestacional.

Na negação psicótica, todos os sintomas da gravidez estão presentes, contudo, são interpretados pela gestante de forma bizarra e alucinatória. Pode acreditar que o aumento da barriga se relaciona com algum fenómeno paranormal, ou por algo que comeu que fez inchar de forma abrupta o ventre. Nesta forma de negação da gravidez, a realidade é interpretada de forma delirante, de forma a negar aquilo que vê.

Em ambas as formas de negação da gravidez, por não terem a consciência de estar grávidas, o parto é sempre uma surpresa para as gestantes que consideram

impossível estar a dar à luz. As contracções do parto não são sentidas enquanto tal e, na maioria das vezes, são atribuídas à necessidade de defecar.

Tendo em conta toda a circunstância atinente ao desconhecimento da gravidez, no momento do parto, as gestantes entram num estado dissociativo resultando numa ruptura no processo de assimilação das informações vindas do exterior. Assim, a experiência de dar à luz não é tida como uma experiência pertencente a si própria, declarando as parturientes que se conseguiam ver a dar à luz.

Apesar de manterem alguma consciência relativamente ao facto praticado e ao parto, essa consciência encontra-se diminuída, em virtude de não conseguirem assimilar correctamente a informação transmitida. A capacidade de reflexão encontra-se diminuída. Os efeitos decorrentes do estado dissociativo não são dominados pela mulher no momento do parto, tendo em conta o reflexo que esse estado tem na consciência. Assim, o estado dissociativo cabe no conceito de imputabilidade diminuída. Pelo que, o fenómeno de negação da gravidez cabe no artigo 136º, pois é ele que desencadeia o estado dissociativo despoletado pelo parto. Assim, podemos enquadrar o estado dissociativo naquela perturbação oriunda do parto, que é pressuposta pelo tipo legal. Não só o estado dissociativo preenche o conceito de influência perturbadora do parto, bem como se encontra dentro do critério temporal do artigo tendo em conta que o homicídio decorre nos segundos a seguir ao parto, ou dependendo do momento do corte do cordão umbilical podemos considerar que a morte decorre ainda durante o parto.

Concluimos que quanto às perturbações da gravidez, só a negação da gravidez, na sua forma psicótica ou não psicótica e, a ocultação da gravidez, é que levam ao homicídio do recém-nascido.

A ocultação da gravidez apesar de culminar no homicídio do nascituro, não poderá integrar o tipo legal do crime de infanticídio, por se tratar de uma ocultação deliberada. A gravidez não é marcada por uma negação da gestante a si própria acerca da sua existência. Nestes casos, a gestante esconde deliberadamente de terceiros que com ela convivem a gravidez. Assim, as justificações invocadas para o aumento do ventre prendem-se com a existência de problemas médicos, como tumores ou de criação de bolsas de água, argumentando sempre que após alguns meses esse inchaço irá desaparecer. Com isso concluimos que a gestante prepara os terceiros para que estes não

estranhem – aquando o nascimento do bebé – o súbito desaparecimento da barriga, para que possa manter a gravidez e o parto oculto de todos. Não negando inconscientemente essa gravidez também o momento do parto é esperado – acontecendo, muitas vezes, que a gestante fica horas à espera que chegue esse momento – por isso não será susceptível de desencadear um estado dissociativo, tendo em conta que o que origina o seu aparecimento é o confronto com uma situação que na mente do indivíduo se afigura impossível de acontecer. Assim, os casos de ocultação, serão enquadrados em qualquer tipo do homicídio – simples, qualificado, privilegiado, ou negligente -, mediante as circunstâncias do facto, mas nunca serão subsumíveis ao artigo 136º referente ao infanticídio.

Relativamente às perturbações psicológicas que se desenvolvem após o momento do parto, pelo estudo efectuado concluímos que estas são: o *maternity blues*; a depressão pós-parto; a psicose puerperal e, alguns transtornos ansiosos.

O *maternity blues* é considerado como um estado normal e até positivo na transição da mulher para maternidade, apesar de resultar numa melancolia. Assim, esse estado não se traduz numa diminuição da consciência. Pelos casos estudados analisámos que também não se encontra na base da prática do facto típico. Não há relatos de mães que tenham morto o filho recém-nascido mediante os efeitos do *blues* pós-parto. O mesmo será de aplicar aos transtornos ansiosos, ainda que em alguns, como o transtorno obsessivo-compulsivo as parturientes tenham pensamentos recorrentes nos quais causam danos às crianças. Contudo, esses pensamentos não levam ao homicídio do nascituro, e ainda que o fizessem não se traduzem numa diminuição de consciência, ao ponto de pudermos ser enquadrados no tipo legal – no entanto, não consideramos excluída a aplicação do homicídio privilegiado, pois este assenta em pressupostos diferentes.

Concluimos que apenas a depressão pós-parto e a psicose puerperal poderão levar à prática do homicídio. Para a análise destas perturbações é importante ter em conta que o período do puerpério decorre, aproximadamente, até às 8 semanas após o parto. É neste período que os efeitos psíquicos, decorrentes das alterações hormonais de dar à luz, são susceptíveis de se manifestar na gestante e, com isso, desencadear as respectivas perturbações.

No entanto, apesar de existirem relatos de casos de mulheres que mataram os filhos por sofrerem de uma depressão pós-parto entendemos que esta não poder ser enquadrada no tipo legal do infanticídio. Temos aqui em conta o critério temporal na sua ligação com o conceito de influência perturbadora do parto, pois a depressão poderá aparecer meses após o parto, não existindo assim a conexão exigida entre o momento da prática do facto e os efeitos do parto. Pela análise da depressão pós-parto, concluímos que esta apesar de surgir após o parto não surge em conexão com esse facto. O parto opera apenas como um evento social na vida da mulher, demarcando assim a passagem de uma fase da vida para outra, constitui, portanto, a transição para a maternidade. Os factores de risco da depressão não se ligam com os efeitos de dar à luz, mas, antes, com a maternidade, mais concretamente, com uma falha na adaptação ao papel da maternidade que não é encarado de forma positiva pela parturiente, tendo em conta as dificuldades nos cuidados com uma criança de tenra idade, e com as alterações na vida pessoal daí decorrentes. Assim, a depressão pós-parto, surge em relação com o papel da maternidade. Ora, também os homens podem desenvolver uma depressão pós-parto, por uma falha de adaptação ao papel da paternidade. Não sendo, por isso, uma perturbação exclusiva da mulher que só pode por ela ser sentida, por apenas a mulher puder dar à luz um ser humano.

Consideramos que o fim da norma do crime de infanticídio é, precisamente, o de tutelar as perturbações psicológicas que a mulher pode sentir em virtude do fenómeno de dar à luz, decorrentes das alterações químicas que este pode acarretar. Sendo que só a mulher tem a capacidade de dar à luz essas perturbações deverão surgir em estreita conexão com o evento material do parto e com as alterações químicas daí decorrentes.

A psicose puerperal é a mais rara das perturbações do pós-parto, contudo, quando surge levará com uma forte probabilidade ao homicídio do recém-nascido. Caracteriza-se pela presença de delírios e alucinações, sendo o recém-nascido o objecto dessa perturbação. A parturiente acredita, muitas vezes, que o nascituro constitui uma fonte de perigo para ela ou para o Mundo ou ainda que assim não o seja acredita que o deverá matar, em ordem a salvar um bem maior. Na maioria das vezes alegam ouvir vozes que lhes ordenam a matar o filho, por vezes, resultando numa ordem por parte de Deus ou de Satanás. Tendo em conta esse estado da realidade alterado pela gestante consideramos que se poderá enquadrar no conceito de influência perturbadora do parto, na medida que a psicose puerperal surge devido à queda abrupta das

hormonas. São as alterações psíquicas provenientes do efeito de dar à luz que contribuem para o aparecimento da psicose puerperal. Assim, estão em estreita conexão com o fenómeno do parto. Essas alterações químicas só podem ser sentidas pela mulher.

Quanto ao carácter temporal, a integração da psicose puerperal no tipo legal é susceptível de gerar algumas dúvidas, tendo em conta que no artigo só caberão aquelas situações nas quais o homicídio ocorreu durante ou logo após o parto. Contudo, acontece frequentemente que a psicose puerperal ainda que surja alguns dias logo após o parto só levará ao homicídio do recém-nascido após alguns meses do seu aparecimento. Só após vários devaneios da parturiente é que esta concebe a ideia de matar o próprio filho, por considerar que será mesmo o melhor a fazer. Ou seja, a parturiente passa dias, semanas, ou meses a convencer-se de que a morte da criança é a atitude correcta a tomar.

Apesar de, tradicionalmente, se entender que a psicose revela uma inimputabilidade não consideramos que seja o caso na psicose puerperal, pois a capacidade de avaliação do seu acto encontra-se apenas diminuída. A mulher sabe que aos olhos da lei e de terceiros a morte do filho não é a atitude mais correcta, contudo, consideramos que a capacidade de avaliação do próprio acto encontra-se diminuída, em virtude dos constantes delírios e alucinações.

Os casos de psicose puerperal – como foi o caso apresentado de Andrea Yates – podem levar a que a parturiente mate não apenas o filho que acabou de dar à luz, mas também, outros filhos de idade mais avançada. Pelo estudo efectuado acerca da psicose puerperal, apurámos que quando existem outros filhos de gestações anteriores e se desenvolva uma psicose puerperal esta manifestar-se-á em relação a todos os filhos, pois todos eles serão objecto da perturbação. Assim, o homicídio de todos os filhos deverá ser enquadrado no tipo legal do infanticídio, pois o que motivou o homicídio foi uma perturbação decorrente dos efeitos de dar à luz.

Assim, o conceito de influência perturbadora do parto, resume-se a perturbações agravadas pelo momento do parto já existentes na gravidez e, àquelas perturbações que surgem após o parto em consonância com as alterações químicas decorrentes do efeito de dar à luz, que se traduzem numa diminuição da capacidade de reflexão do próprio acto. Estamos a falar, respectivamente, de estados de negação da gravidez, que se agravam pelo efeito do parto, gerando um estado dissociativo e de psicoses puerperais,

que surgem nas 8 semanas após o parto, ainda que levem ao homicídio do nascituro alguns dias, semanas, ou meses depois.

Entendemos que o critério temporal do artigo – durante ou logo após o parto – não acautela o próprio fim do artigo, que consiste em conceder uma atenuação da pena, fundada num estado de imputabilidade diminuída, decorrente dos efeitos psíquicos de dar à luz. Importante é apenas que essas perturbações surjam logo após o parto, em consonância com o mesmo – nas 8 semanas seguintes – e que perdurem até à data da prática do facto típico.

Consideramos, por isso, que os pressupostos de aplicação do tipo legal do infanticídio diferem dos pressupostos do tipo legal do homicídio privilegiado. Aquele assenta em perturbações que só podem ser sentidas pela mulher decorrentes do momento do parto enquanto uma experiência própria susceptível de desencadear um estado alterado de consciência, ou em perturbações decorrentes das alterações psíquicas como efeito de dar à luz. Assim, essas perturbações só poderão ser sentidas por mulheres sendo o que justifica uma incriminação distinta do homicídio privilegiado. Neste caberão aqueles estados perturbados atinentes ao papel da maternidade e da paternidade, que podem por isso manifestar-se tanto em homens como em mulheres. O homicídio privilegiado leva a uma diminuição da culpa, ao passo que o infanticídio leva a uma extinção da declaração de culpa, tendo em conta que a imputabilidade diminuída enquanto declaração jurídica de inimputabilidade concede esse efeito.

Propugnamos pela manutenção do tipo legal do crime de infanticídio.

Nem toda a doutrina se mostra concordante com a nossa posição, por entenderem que o mesmo é desnecessário por já existir o tipo legal do homicídio privilegiado. Não concordamos com essa posição, como já referido.

Há autores que entendem que o tipo legal do infanticídio leva a uma discriminação de género, por duas razões distintas: por se aplicar exclusivamente a mulheres, deixando de fora os homens que também sentem os efeitos negativos da maternidade; e por perpetuarem o estereótipo da mulher enquanto sexo fraco e, por isso, subordinada ao homem, incapaz de controlar as próprias emoções devido às alterações hormonais.

Quanto à primeira perspectiva, já esclarecemos que a perturbação dos efeitos da maternidade deverá ser valorada de acordo com o homicídio privilegiado. Quebrando-se, assim com a ideia de discriminação face aos homens, pois a estes também lhes poderá ser aplicada a respectiva norma. Quanto à segunda perspectiva, entendemos que a tipificação do crime de infanticídio não leva a que a mulher seja diminuída face aos homens. O reconhecimento das diferenças biológicas não deverá ter esse efeito. À lei cabe a função de atender às diferenças e legislar sobre elas, de forma a que seja justa na sua aplicação. A justiça passa por tratar todos de igual forma, e tal só poderá ser feito se atendermos às diferenças dos seres humanos, de forma a colocá-las num patamar de igualdade na aplicação da lei.

O infanticídio não parte do pressuposto de que todas as mulheres são loucas, parte, antes, do pressuposto de que o estado de consciência das mulheres poderá ficar alterado, tendo em conta as alterações psíquicas de dar à luz. Assim, não se subsumem todos os casos de homicídio dos filhos à norma, é necessário provar, antes de tudo, a influência perturbadora do parto sobre aquela concreta acção.

Apesar de considerarmos que a tipificação legal do infanticídio não leva a uma desigualdade em função do género entendemos que a forma como estes casos são julgados se traduz, sim, numa discriminação.

Quando os tribunais julgam um crime de infanticídio – ou seja, o homicídio por parte da mãe de uma criança de tenra idade – fazem-no de acordo com os estereótipos acerca do género feminino, enquanto ser delicado e maternal, adorador de todo o tipo de crianças com um instinto maternal apurado. Na falta dessas características censuram a mulher pelo desvio à norma social do que é ser mulher. Censuram-na por não desejar ser mãe e por não se deixar levar pelo amor maternal quando confrontada com o nascimento de uma criança, ou por romper com esse amor ao matar o filho recém-nascido.

Entendemos que as mulheres não só são julgadas de acordo com esse estereótipo, mas, também, são julgadas tendo em conta o impacto que aquele crime em específico teve na comunidade, ou que esses crimes no geral – mãe mata o filho – têm na sociedade que se mostra indignada pela prática de um acto que considera macabro, perspectivando a mulher como um monstro que denigre a imagem das mulheres, pedindo assim por uma punição severa.

Face a esses sentimentos da população, o juiz, para que esta mantenha as expectativas no sistema judicial vê-se forçado a aplicar uma pena mais severa às mães que matam os filhos.

O que influencia o populismo penal são, precisamente, os conceitos estereotipados em torno da imagem social da mulher.

Assim, concluímos que a mulher é alvo de discriminação no seu julgamento penal, por ser censurada de acordo com esses estereótipos e com o populismo penal. Ultrapassando-se, com isso, a culpa manifestada no facto, tendo em conta que é julgada pelo concreto facto praticado e ainda lhe é dirigida uma censura acrescida por romper com esses estereótipos. Aplicando-se-lhe uma pena mais severa, fundamentada com as necessidades de prevenção-geral, para com isso se atender às necessidades da comunidade.

Há, com isso, uma discriminação em função do género em detrimento das mulheres face aos homens, pois a estes no julgamento penal dos factos por eles praticados não lhes é dirigida nenhuma censura acrescida, pois é-lhes reconhecido o direito a serem violentos e, por isso, a sociedade não se choca tanto com a prática de crimes violentos por parte dos homens, não demandando uma punição tão severa.

Concluimos que o julgamento penal da mulher resulta numa discriminação das mulheres face ao género afectando os seus Direitos Humanos enquanto Direitos das Mulheres por serem julgadas de acordo com estereótipos que, de acordo, com a CEDAW não se deverão traduzir numa diferença de tratamento dos géneros.

Quanto à consequência jurídica a aplicar à prática do facto típico propugnamos pela aplicação de uma medida de segurança. Tal solução afigura-se possível tendo em conta que o imputável diminuído pode ser julgado como imputável e, assim, ser-lhe-á aplicada uma pena de prisão, como também pode ser julgado como inimputável e, assim, é-lhe aplicada uma medida de segurança.

Entendemos que a medida de segurança mais eficaz a aplicar às mães infanticidas seria uma medida não privativa da liberdade com assento em tratamento terapêutico, de forma a corrigir os problemas psicológicos ou psiquiátricos, que estão na base do desenvolvimento das referidas perturbações e que levam à prática do facto típico. Esses problemas se não forem tratados poderão levar à prática de outros crimes

da mesma espécie, residindo nesse factor, a perigosidade exigida para aplicação da medida de segurança.

BIBLIOGRAFIA

AAFDL, *Actas das Sessões da Comissão Revisora do Código Penal - Parte Geral*, vol. I, Lisboa, AAFDL.

AGÊNCIA LUSA, “Negar a gravidez para evitar o sofrimento de ser mãe”, in *RTP Notícias*, 30 de Janeiro de 2007, disponível em https://www.rtp.pt/noticias/pais/negar-a-gravidez-para-evitar-o-sofrimento-de-ser-mae_n39649, consultado a 16/02/2018.

ALBUQUERQUE, Paulo Pinto de, *Comentário do código penal à luz da Constituição da República e da Convenção Europeia dos Direitos do Homem*, Lisboa, Universidade Católica, 2010; 2007.

ALLEN, Peter, “Mother who killed eight of her newborn babies after secretly giving birth at her home is jailed for nine years in France”, in *MailOnline*, disponível em <http://www.dailymail.co.uk/news/article-3147584/French-mother-Dominique-Cottrez-jailed-nine-years-infanticide-deaths-eight-babies.html>, consultado a 18/03/2018.

ALMEIDA, Carlota Pizarro de, A inimizabilidade por anomalia psíquica – questões jurídicas de ordem substantiva e processual, in *separata da Revista da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa*, vol. XLIII, nº2, Lisboa, Coimbra editora, 2002, pp. 1005-1018.

ALMEIDA, Carlota Pizarro de, *Modelos de inimputabilidade - da teoria à prática*, Coimbra, Almedina, 2000.

ALMEIDA, Carlota Pizarro de, “Contributo para o estudo do conceito normativo de inimputabilidade”, Dissertação de Mestrado, Lisboa, Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, pp. 103-104.) 1988

ALMEIDA, Natália Maria de Castro, ARRAIS, Alessandra da Rocha, “O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto”, in *Psicologia: Ciência e Profissão*, Out./Dez., vol. 36, nº4, 2016, pp. 847-863.

AMIREJIBI, Tinatin, “Mothers Who Kill Psychosocial Profile of Filicidal and Neonaticidal Mothers” in *Georgia Anti Violence Network of Georgia*, disponível em <http://www.parliament.ge/uploads/other/75/75670.pdf>, consultado a 02/03/2018.

AMORIM, Sónia, “Tristeza pós-parto – importância do diagnóstico precoce”, Ponte Lima, Universidade Fernando Pessoa, 2010, Dissertação de licenciatura não publicada.

ANTIC, Iva, “Neonaticide”, in *Law and Politics*, vol.15, nº3, pp. 211-221.

ANTÓNIO, Emanuel Maweth Paulo, “Estudo da sintomatologia depressiva nos três primeiros meses pós-parto, em mulheres múltiparas de Benguela”, Porto, Departamento de Psicologia do Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, 2011, Dissertação de mestrado não publicada.

ANTUNES, Maria João, *Penas e medidas de segurança*, Coimbra, Almedina, 2017.

ANTUNES, Maria João, *Medida de segurança de internamento e facto de inimputável em razão de anomalia psíquica*, Coimbra, Coimbra editora, 2002.

Associated Press, “French mother jailed for murdering three of her babies”, in *The Guardian*, 19 de Junho de 2009, disponível em <https://www.theguardian.com/world/2009/jun/19/french-mother-jail-murder-babies>, consultado a 18/03/2018.

AYRES, Susan, MANJUNATH, Prema, “Denial and concealment of Unwanted Pregnancy: "A Film Hollywood Dared Not Do"”, in *Journal of civil rights & ECONOARCDEVELOPAENT*, vol. 26:2, 2012, pp. 197-221.

AYRES, Susan, “Pregnancy denied, pregnancy rejected in Stephanie Daley”, in *Law, Cultural and the Humanities*, vol.12, 1, 2016, pp. 132-154.

BANGS, Elizabeth T., “Disgust and the Drownings in Texas: The Law Must Tackle Emotion when Women Kill Their Children”, in *UCLA Women's Law Journal*, vol. 12, 2001, pp. 87-108.

BARR, Jennieffer A., BECK, Cheryl T., “Infanticide secrets – qualitative study on postpartum depression”, in *Canadian Family Physician - Le Médecin de famille canadien*, vol.54, Dezembro, 2008, pp.1-5.

BEIER, Klaus M., WILLE, Reinhard, WESSEL, Jens, “Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: a proposal for international classification system”, in *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 2006, p. 723-730.

BELEZA, Teresa Pizarro, “Gênero e Direito - da igualdade ao “Direito das Mulheres”, in *Themis, Revista da Faculdade de Direito da UNL*, ano I, nº2, 2000, pp. 35-66.

BELEZA, Teresa, “A revisão da parte especial na reforma do código penal: legitimação, reequilíbrio, privatização, individualismo”, in *Jornadas sobre a revisão do código penal*, Lisboa, 1998, pp. 89-118.

BELEZA, Teresa Pizarro, *Direito Penal*, vol. II, Lisboa, AAFDL editora, 1998.

BELEZA, Teresa Pizarro, “A mulher no direito penal”, in *Cadernos Condição Feminina*, 19, 1984, 50p.

BIRNDORF, Catherine, “Why no one talks about postpartum anxiety”, in *GOOP*, disponível em <https://goop.com/work/parenthood/why-no-one-talks-about-postpartum-anxiety/>, consultado a 28/03/2018.

BOLEIA, Miguel, “Coexistência de ansiedade e depressão na gravidez em casais cujas mulheres são primíparas”, Porto, Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, 2012, Dissertação de mestrado não publicada.

BOOKWALTER, Beth E., “Throwing the bath water out with the baby: wrongful exclusion of expert testimony on neonaticide syndrome”, in *Boston University Law Review*, vol.78, 1998, pp. 1185-1210.

BORGES, Denize Aparecida, FERREIRA, Fernanda dos Reis, MARIUTTI, Mariana Gondim, ALMEIDA, Denize, “A Depressão na Gestação: uma revisão bibliográfica”, in *Revista de Iniciação Científica da Libertas*, São Sebastião do Paraíso, vol. I, n 1, Dezembro, 2011, pp. 85-99.

BOURGET, Dominique, WHITEHURST, Laurie, “Amnesia and crime”, in *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, vol.35, n 4, 2007, pp. 469-480.

BOYCE, Philip, BARRIBALL, Erin, “Puerperal psychosis”, in *Arch Womens Ment Health*, 13, 2010, pp. 45-47.

BRAGA, Lorena Corrêa, “O poder da m dia e seus reflexos na ordem jurídica penal”, in * mbito Jurídico*, Rio Grande, XVII, n 121, Fevereiro, 2014, disponível em <http://www.ambito->

juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=14362, consultado a 25/05/2018.

BRATFISCH, Aline, AMARAL, Hamilton, “Sociedade e infanticídio”, in *Revista Eletrônicas da Toledo Prudente*, 2007, disponível em <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/1593/1510>, consultado a 14/03/2018.

BRITO, Teresa Quintela de, MATA, Paulo Saragoça da, NEVES, João Curado, MORÃO, Helena, *Direito penal – parte especial: lições, estudos e casos*, Coimbra editora, 2007.

BUENO, Santiago Delgado, *Psiquiatria legal y forense*, Madrid, Colex, 1994.

CANTILINO, Amaury, ZAMBALDI, Carla Fonseca, SOUGEY, Everton Botelho, JR., Joel Rennó, “Transtornos psiquiátricos no pós-parto”, in *Rev Psiq Clín.*, 37, 6, 2010, pp. 288-294.

CARMANEIRO, Ana Paula Forte, “Vinculação pré-natal e organização psicológica do homem e da mulher durante a gravidez - relação com o tipo de parto e com a patologia obstétrica dos II e III trimestres de gestação”, Lisboa, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, 2011, Tese de doutoramento não publicada.

CARVALHO, Ana Sofia, “Penalização do crime de infanticídio: concepções dos estudantes universitários Portugueses”, Minho, Escola de Psicologia da Universidade do Minho, 2014, Dissertação de mestrado não publicada.

CARVALHO, Maria Eduarda Salgado, “O bebé imaginário, as memórias dos cuidados parentais e as representações sonoro-musicais na gravidez no estudo da representação vinculação materna pré-natal e da orientação para a maternidade”, Lisboa, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, 2011, Tese de doutoramento não publicada.

CHRISAFIS, Angeline, “French mother on trial after two babies found in freezer”, in *The Guardian*, 7 de Junho de 2008, disponível em <https://www.theguardian.com/world/2009/jun/07/french-mother-trial-babies-freezer>, consultado a 18/03/2018.

FERREIRA, Manuel Cavaleiro, *Direito Penal Português - parte geral*, tomo I, Lisboa, Verbo, 1981-1982.

CABRAL, Ana Sofia, MACEDO, António, VIEIRA, Duarte Nuno, “Da psiquiatria ao Direito”, in *Julgar*, nº7, Janeiro-Abril, Coimbra, Coimbra editora, pp. 185-196.

CANOTILHO, J.J Gomes, MOREIRA, Vital, *Constituição da República Portuguesa Anotada*, vol. I, 4ª ed., Coimbra, Coimbra editora, 2007.

CARVALHO, Américo Alexandrino Taipa de, *Direito Penal, parte geral - Questões Fundamentais*, vol. I, Porto, Universidade Católica, 2003.

CHRISLER, Joan C., JOHNSTON-ROBLED, Ingrid, “Ranging hormones? Feminist perspectives on premenstrual syndrome and postpartum depression”, in *Rethinking Mental Health & disorder*, Nova Iorque, The Guilford Press, 2002, pp. 174-797.

CONDE, Ana, FIGUEIREDO, Bárbara, “Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós-parto”, in *Análise Psicológica*, 3, XXV, 2007, pp. 381-398.

CONLON, Catherine, “Concealed pregnancy: a case-study approach from an Irish setting”, in *Crisis Pregnancy Agency*, nº15, Abril, 2006, pp. 1-204.

CORREIA, Ana Raquel Pereira, “Depressão na gravidez”, Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2011/2012, Dissertação de mestrado não publicada.

CORREIA, Eduardo Henriques da Silva, DIAS, Jorge de Figueiredo (colab.), *Direito Criminal*, vols. I e II, Coimbra, Almedina, 1993.

COSTA, Diogo Pinto da, “A medicina legal na administração da justiça: alguns aspectos das exclusivas e diferenciadas especificidades dos serviços médico-legais enquanto serviços de apoio pericial aos tribunais e ao ministério público”, in *Liber amicorum – Manuel Simas Santos*, rei dos livros, 2016, pp. 395-421.

COSTA, F. Santos, ANTUNES, Maria João, “Acerca da imputabilidade diminuída no direito penal português”, in *Psiquiatria e Justiça*, Associação Portuguesa de Estudos Psiquiátricos, pp. 153-158.

COSTA, Joana, A relevância jurídico-penal das perturbações da personalidade no contexto da inimputabilidade, Lisboa, Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, 2010, Relatório do seminário de Criminologia não publicado,.

COSTA, José de Faria, *Noções Fundamentais de Direito Penal - fragmenta iuris poenalis*, 4ª ed., Coimbra, Coimbra editora, 2015.

COSTA, Nuno Gonçalves da, *Infanticídio privilegiado - contributo para o estudo dos crimes contra a vida no código penal*, Lisboa, Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, 1987.

COUTINHO, Maria da Penha de Lima, SARAIVA, Evelyn Rúbia de Albuquerque, “Depressão pós-parto: considerações teóricas”, in *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, UERJ, Rio de Janeiro, ano 8, nº3, Setembro, 2008, pp. 759-773.

COUTO, Diana Ferreira, “A justiça penal relativamente ao bem jurídico vida humana”, in *Revista da Faculdade de Direito da Universidade Lusófona do Porto*, vol. 8, nº8, 2016, pp.179-201.

CRAIG, Michael, “Perinatal risk factors for neonaticide and infant homicide: can we identify those at risk?”, in *Journal of the Royal Society of Medicine*, Feb, 97, 2, 2004, disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1079289>, consultado a 23/02/2018.

CURI, Paula Land, “Psicose puerperal: vicissitude de um amor”, in *IV Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental - O Amor & Seus Transtornos*, 2010, pp. 1-12.

DIAS, Augusto Silva, *Direito Penal: Parte especial - Crimes contra a vida e a integridade física*, 2ª ed., Lisboa, AAFDL, 2007.

DIAS, Jorge de Figueiredo, *Comentário Conimbricense do Código Penal*, tomo I, 2ª ed., Coimbra, Coimbra editora, 2012.

DIAS, Jorge de Figueiredo, *Direito Penal – Parte Geral – A doutrina geral do crime*, 2ª ed., Coimbra, Coimbra editora, 2007.

DIAS, Jorge de Figueiredo, *Direito penal português: parte geral - as consequências jurídicas do crime*, vol. II, Lisboa, Notícias, 1993.

DIAS, Jorge de Figueiredo, *Liberdade, Culpa, Direito Penal*, 2ª ed., Coimbra, Coimbra editora, 1983.

EARL, Gill, “Concealed pregnancy and birth”, in *West Sussex Local Safeguarding Children Board*, 1174, Julho, 2007, pp. 1-11.

ELBERT, Carlos Alberto, “O populismo penal: realidade transitória ou definitiva?”, in *Direito Penal e Política Criminal no Terceiro Milênio - Perspectivas e Tendências*, EdUPUCRS, Porto Alegre, 2011, pp. 58-67.

ESPÍRITO SANTO, Helena, “Histeria - A unidade Perdida”, Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2008, Tese de doutoramento não publicada.

ESTEVES, Marta Maria Borja Serafim Silva, “Doença mental na gravidez”, Porto, Instituto de Ciências biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2012, Artigo de revisão bibliográfica não publicado.

FAISAL-CURY, Alexandre, MENEZES, Paulo Rossi, “Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco”, in *Rev Bras Ginecol Obstet.*, 28, 3, 2006, pp. 171-178.

FAZIO, Christine, COMMITTO, Jennifer, “Rethinking the tough sentencing of teenage neonaticide offenders in the United States”, in *Fordham Law Review*, 67, 1999, pp. 3109-3168.

FEIORE, Umberto, *Manual de Psicologia Judiciária*, versão de E. Carvalho, Lisboa, Livraria Clásica editora de A.M. Texeira, 1914.

FEVEREIRO, Agostinho de Torres, GOUVÊA, Augusto Folque, *Direito Penal – lições feitas em harmonia com as prelecções do Exmo. Sr. Dr. Beza dos Santos ao quarto ano jurídico de 1919-1920*, Coimbra, 1920.

FERGUSON, Christopher, MILLER-STRATON, Heather, HEINRICH, Emily, FRITZ, Stacey, SMITH, Shawn, “Judgments of culpability in a filicide scenario”, in *International Journal of Law and psychiatry*, 31, 2008, pp. 41-50.

FERREIRA, Ana Carolina Delgado, “Sintomas psicopatológicos e suporte social na gravidez e no pós-parto: um olhar sobre a parentalidade”, Covilhã, Faculdade de

Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior, 2013, Dissertação de mestrado não publicada.

FERREIRA, António, “A Depressão no Processo de Maternidade - Estudo Prospectivo de mulheres da 36ª semana de gravidez, 2ª, e 6ª semana pós-natal”, Porto, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2007, Dissertação de mestrado não publicada.

FERREIRA, Maria Leonor de Brito, “Atraso de crescimento intra-uterino e depressividade materna”, Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2004, Dissertação de mestrado não publicada.

FIGUEIREDO, Margarida Logrado, “Vinculação pré-natal: estudo da ligação emocional ao bebé em mulheres e homens grávidos”, Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2007, Dissertação de mestrado não publicada.

FIGUEIREDO, Herivelton Rezende de, “A influência dos meios de comunicação social exercida sobre o juiz criminal”, Lisboa, Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, Dissertação de mestrado não publicada, 2014.

FINLAY, F., MARCER, H., BAVERSTOCK, A., “Concealed or denied pregnancy”, disponível em http://www.bathnes.gov.uk/sites/default/files/sitedocuments/Children-and-Young-People/ChildProtection/learning_from_concealed_pregnancy_final.pdf, consultado a 01/03/2018.

FISHER, Kimberley, “To save her children’s souls: theoretical perspectives on Andrea Yates and postpartum-related infanticide”, in *Thomas Jefferson Law Review*, vol. 25, 2003, pp. 599-634.

FONSECA, Sara Isabel Rodrigues Pina, “Ansiedade nas grávidas: prevalência e factores associados”, Covilhã, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior, 2012, Dissertação de mestrado não publicada.

FRAGOSO, Heleno Cláudio, *Lições de Direito Penal – parte especial*, tomo I, 4ª ed., São Paulo, José Bushatsky, 1977.

FRANÇA, Flávia Ilka, “A importância do bebé imaginário na vinculação materno fetal”, Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, 2009, Dissertação de mestrado não publicada.

FREGONENSE, Adriana Aparecida, “Gestantes de Alto Risco com e sem histórico de óbito fetal ou neonatal: sintomas de ansiedade e depressão, capacidade para o relacionamento com o feto e estratégias de enfrentamento”, São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, 2014, Dissertação de curso de pós-graduação não publicada.

FREIRE, Ana Cristina, FIGUEIREDO, Bárbara, “Filicídio: incidência e factores associados”, in *Análise Psicológica*, 4 XXIV, 2006, pp. 437-446.

FRIEDMAN, Susan, CAVNEY, James, RESNICK, Philip, “Mothers who kill: evolutionary underpinnings and infanticide law”, in *Behavioral Sciences and the Law*, 30, Setembro, 2012, pp. 585-597.

FRIEDMAN, Susan, FRIEDMAN, Joshua, “Parents who kill their children”, in *Pediatrics in review*, vol. 31, nº2, Fevereiro, 2011, pp. 10-16.

FRIEDMAN, Susan Hatters, HENEGHAN, Amy, ROSENTHAL, Miriam, “Characteristics of women who deny or conceal pregnancy”, in *Psychosomatics*, 48:2, Março-Abril, 2007, pp. 117-122.

FRIEDMAN, Susan Hatters, SORRENTINO, Renée, “Commentary: postpartum psychosis, infanticide, and insanity – implications for forensic psychiatry”, in *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, vol. 40, nº3, 2012, pp. 326-332.

GABRIEL, João Cuiovola, “Depressão e ajustamento maternal na fase inicial da gravidez de mulheres múltiparas”, Gandra, Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte, 2012, Dissertação de mestrado não publicada.

GARDNER, Christine Ann, “Postpartum depression defense: are mothers getting away with murder”, in *New England Law Review*, vol.24, 1990, pp. 953-989.

GIL, Iolanda Maria Cortez Campos, “Nascimento antecipado – associação entre a sintomatologia somática, representações maternas, a interacção mãe-filho e o nível de desenvolvimento do bebé, numa amostra de bebés pré-termo de muito baixo peso aos 4 meses de idade corrigida”, Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2005, Dissertação de mestrado não publicada.

GIUDICE, Marco Del, “The evolutionary biology of criptic pregnancy: a re-appraisal of the ‘denied pregnancy’ phenomenon”, in *Medical Hypotheses*, 68, 2007, pp. 250-258.

GODINHO, Inês Fernandes, “Problemas Jurídico-Penais em torno da Vida Humana”, in *O Sentido e o Conteúdo do Bem Jurídico Vida Humana*, Coimbra, Coimbra editora, 2011.

GOMEZ, Rita, LEAL, Isabel, “Vinculação parental durante a gravidez: versão portuguesa da forma materna e paterna da antenatal emotional attachment scale”, in *Piscologia, Saúde & Doenças*, 8, 2, Lisboa, 2007, pp. 153-165.

GONÇALVES, Manuel Lopes Maia, *Código penal português - anotado e comentado - legislação complementar*, 17ª ed., Coimbra, Almedina, 2005; 15ª ed., 2002; 9ª ed., 1996.

GONÇALVES, Thomás Gomes, “Negação da gravidez: um estudo psicanalítico”, in *Psicologia em Estudo*, Maringá, vol.20, nº1, Jan/Mar, 2015, pp. 117-127.

GONÇALVES, Thomás Gomes, “Negação não psicótica da gravidez: definições, especificidades e explicações, in Estudos e Pesquisas em Psicologia, vol. 14, nº3, in *Periódicos Eletrônicos em Psicologia*, Rio de Janeiro, Dezembro, 2014, disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812014000300017, consultado a 16/02/2018.

GONÇALVES, Thomás Gomes, “A negação não psicótica da gravidez: vicissitudes de um não saber”, in *Cadernos UNIFOA*, 23ª ed., Dezembro, 2013, pp. 35-42.

GONÇALVES, Thomás Gomes, MACEDO, Mônica Medeiros, “A desautorização do processo perceptivo na negação não psicótica da gravidez”, in *Revista Mal Estar e Subjetividade*, vol. 11, nº4, Fortaleza, Dezembro, 2011, in *Periódicos Eletrônicos em Psicologia*, disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482011000400009, consultado a 14/03/2018.

GONÇALVES, Thomás, MACEDO, Mônica, “As condições do si mesmo na situação de não reconhecimento da própria gravidez: enlaces do território da dor”, in *SIG Revista de Psicanálise*, ano 1, nº1, Agosto, 2012, pp. 89-98.

GONÇALVES, Susana Maria da Silva, “No limbo dos crimes contra a vida”, Lisboa, Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, 2015, Dissertação de mestrado não publicada.

HENRIQUES, Patrícia Isabel Nunes, “Vinculação Pré-Natal e Relação Marital”, Lisboa, Departamento de Psicologia e Sociologia da Universidade Autónoma de Lisboa, 2017, Dissertação de mestrado não publicada.

HILDEBRANDT, Fernanda Martins Pereira, “Depressão pós-parto: aspectos epidemiológicos e proposta de tratamento cognitivo-comportamental”, Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2013, Dissertação de pós-graduação não publicada.

HOLLIN, Clive R., *Psychology and Crime: an introduction to criminological psychology*, 2ª ed., Routledge, Londres e Nova Iorque, 2013.

IACONELLI, Vera, “Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna”, in *Revista Pediatria Moderna*, vol. 41, nº4, Julho-Agosto, 2005, pp. 1-6.

JENKINS, Angela, MILLAR, Simon, ROBINS, James, “Denial of pregnancy – a literature review and discussion of ethical and legal issues”, in *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104, 2011, pp. 286-291.

JULIEN, Maria Cláudia Gomes, “Depressão pós-parto: um olhar psicanalítico”, São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2013, Dissertação de mestrado não publicada.

KOHM, Lynne Marie, LIVERMAN, Thomas Scott, “Prom mom killers: the impact of blame shift and distorted statistics on punishment for neonaticide”, in *William & Mary Journal of Women and the Law*, vol. 9, 2002, pp. 43-71.

KUPPILI, Pooja, GUPTA, Rishab, PATTANAYAK, Raman, KHANDELWAL, Sudhir, “Delusional denial of pregnancy: unique presentation of Cotard’s syndrome in a patient with schizophrenia”, in *Asian Journal of Psychiatry*, 30, 2017, pp. 26-27.

LEAL-HENRIQUES, Manuel de Oliveira, SIMAS SANTOS, Manuel José Carrilho, *Código Penal Anotado*, vols. I e II, 3ª ed., Lisboa, Rei dos livros, 2000-2002.

LEE, ACW, CH, Li, KWONG, NS, SO, KT, “Neonaticide, Newborn abandonment, and denial of pregnancy – newborn victimisation associated with unwanted motherhood”, in *Hong Kong Med*, vol. 12, nº1, 2006, pp. 61 -64.

LIMA, Cátia Dinis Carvalho, “Filhos da maturidade: atitudes sobre a gravidez e maternidade, ansiedade, depressão e stress em grávidas tardias”, Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2008, Dissertação de mestrado não publicada.

LOPES-CARDOSO, Maria Júlia, “Os doentes e anormais mentais e a responsabilidade penal à face do Direito Português, Dissertação de licenciatura, Lisboa, Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa.

LOUREIRO, Manuel Joaquim, CARVALHO, Paula, “Risco psicopatológico da gestante e relação precoce com o bebé”, in *FAMILIA*, 38, 2009, pp. 153-174.

LUNDQUIST, Caroline, “Being torn: toward a Phenomenology of unwanted pregnancy”, in *Hypatia*, vol. 23, nº3, Julho – Setembro, 2008, pp. 136–155.

LUSÍADAS, “Conheça os sintomas da depressão na gravidez”, in *Rota Saúde Lusíadas*, disponível em, <https://rotasaude.lusiadas.pt/sintomas-da-depressao-na-gravidez/>, consultado a 16/02/2018.

MADEIRA, Nuno, SANTOS, Tiago, RELVAS, João, ABREU, José, OLIVEIRA, Cristina Vilares, “Eletroconvulsoterapia no tratamento da psicose puerperal”, in *J Bras Psiquiatr.*, 61, 1, 2012, pp. 45-48.

MAGALHÃES, Cláudia Sofia Pereira, “Ansiedade, qualidade do relacionamento conjugal e vinculação materna ao feto – estudo com grávidas primíparas e múltiparas”, Braga, Faculdade de Filosofia da Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Braga, 2013, Dissertação de mestrado não publicada.

MAIA, Berta Maria Marinho Rodrigues, “Perfeccionismo e depressão pós-parto”, Coimbra, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2011, Tese de doutoramento não publicada.

MARCH, Christie L., “The conflicted treatment of postpartum psychosis under criminal law”, in *William Mitchell Law Review*, vol.32, 2005, pp. 243-263.

MARCUS, Sheila M., “Depression during pregnancy: rates, risks and consequences”, in *Can J Clin Pharmacol*, vol. 16, 1, Janeiro, 2009, pp. 15-22.

MARQUES, Mariana Vaz Pires, “Factores de risco da depressão pós-parto: uma abordagem multidimensional”, Coimbra, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2011, Tese de doutoramento não publicada.

MARTINS, Cátia Filipa da Silva, “Impacto da idade materna na relação que a mãe estabelece com o seu bebé”, Lisboa, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, 2012, Dissertação de mestrado não publicada.

MARTINS, Rita Aparecida Oliveira, “A depressão materna do pós-parto: algumas compreensões e outros nevoeiros”, São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2006, Dissertação de mestrado não publicada.

MATEUS, Joana da Silva, “Caracterização do homicida de crianças: o discurso psicológico e o discurso do Direito”, Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2009, Dissertação de mestrado não publicada.

MATTHEY, Stephen, BARNETT, Bryanne, HOWIE, Pauline, KAVANAGH, David, “Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety?”, in *Journal of Affective Disorders*, 74, 2003, pp. 139-147.

MATTOS, Júlio de, *A loucura – estados clínicos e medico legais*, 2ª ed. rev. e amp., Lisboa, Livraria Clássica editora, 1913.

MAURICIO, Tomás, “Despersonalização: apresentação clínica, antecedentes, consequências e controvérsias”, Coimbra, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2010, Dissertação de mestrado não publicada.

MELO, Helena Pereira de, BELEZA, Teresa Pizarro, “Different voices in human rights: CEDAW and European Union Gender equality law”, in *Estudos em Homenagem ao Professor Doutor Heinrich Ewald Horster*, Coimbra, Almedina, 2012, pp. 927-957.

MELO, Fátima Cristina Almeida de, “Tabagismo na Gravidez: A relação entre a Ansiedade, Cessação Tabágica e Coping”, Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2009, Dissertação de mestrado não publicada.

MENDES, José Agostinho da Silva, “Depressão e percepção maternal no pré-parto em mães adolescentes”, Porto, Departamento de Psicologia do Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte, 2012, Dissertação de mestrado não publicada.

MESTIERI, Luiz Henrique Mazzonetto, MENEGUETTE, Renata Ipólito, MENEGUETTE, Cícero, “Estado puerperal”, in *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, vol. 7, nº1, 2005, pp. 5-10.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, *Código Penal, Actas e Projecto da Comissão de Revisão*, Lisboa, ed. Ministério da Justiça, 1993.

MISRI, Shaila, KENDRICK, Kristin, “Treatment of perinatal mood and anxiety disorders: a review”, in *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 52, nº8, 2007, pp. 489-498.

MONTEIRO, Elisabete Amarelo, *Crime de homicídio qualificado e imputabilidade diminuída*, Coimbra, Coimbra editora, 2012..

MORAES, Maria, CREPALDI, Maria Aparecida, “A clínica da depressão pós-parto”, in *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 19, 1-2, Jan/Dez, 2011, pp. 61-67.

MOSKOWITZ, Andrew, “Dissociation and violence – a review of literature”, in *Trauma, Violence & Abuse*, vol.5, nº1, Janeiro, 2004, pp. 21-46.

MOSKOWITZ, Andrew K., “Dissociative pathways to homicide: clinical and forensic implications”, in *Journal of Trauma and Dissociation*, vol. 5, 3, 2004, pp. 5-32.

NAU, Melissa, BENDER, Eric, STREET, Judith, “Psychotic denial of pregnancy: legal and treatment considerations for clinicians”, in *The Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, vol. 39, nº1, 2011, pp. 31-39.

NAU, Melissa, MCNIEL, Dale, BINDER, Renée, “Postpartum psychosis and the courts”, in *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, vol. 40, nº3, 2012, pp. 318-325.

NAZARÉ, Bárbara, FONSECA, Ana, CANAVARRO, Maria Cristina, “Avaliação das preocupações sentidas durante a gravidez: Estudos psicométricos da versão portuguesa da Cambridge Worry Scale (CWS)”, in *Laboratório de Psicologia*, 10, 1, Lisboa, 2012, pp. 81-95.

OLIVEIRA, Anne de, “Entre infanticídio e homicídio: o estado puerperal e a resposta penal para mulheres que matam os seus filhos”, Faculdade de Direito da Universidade de Brasília, 2016, Dissertação de conclusão de curso não publicada, disponível em <http://bdm.unb.br/handle/10483/16093>, consultado a 14/03/2018.

OSTLER, Tereza, KOPELS, Sandra, “Schizophrenia and Filicide”, in *Current Women’s Health Reviews*, 6, 2010, pp. 58-62.

PAIS&FILHOS, “Bebés Surpresa”, in *Pais & Filhos*, 24 de Agosto de 2011, disponível em <http://www.paisfilhos.eu/index.php/actualidade/noticias/3758-bebes-surpresa?start=2>, consultado a 01/03/2018.

PALERMO, George B., “Homicidal Syndromes – A Clinical Psychiatric Perspective”, in *Profiling Crimes of Violence*, EUA, 2009, pp. 3–26.

PALMA, Maria Fernanda, *Direito Penal I (parte geral)*, Lisboa, Concurso para Professor associado, Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa.

PALMA, Maria Fernanda, *Direito penal – parte geral – a teoria geral da infracção como teoria da decisão penal*, 3ª ed., Lisboa, AAFDL editora, 2017.

PALMA, Maria Fernanda, *O princípio da desculpa em Direito Penal*, Lisboa, Almedina, 2005.

PALMA, Maria Fernanda, “A vontade no dolo eventual”, in *Estudos em Homenagem à Professora Doutora Isabel de Magalhães Collaço*, vol. II, Separata, Coimbra, Almedina, 2002, pp. 795-833.

PALMA, Maria Fernanda, *Direito Penal – parte especial – crimes contra as pessoas*, Lisboa, 1983.

PATRÍCIO, Rui Filipe Serrão, “O dolo enquanto elemento do tipo penal (no direito português actual): questão-de-facto ou questão-de-direito?”, in *separata da Revista da Ordem dos Advogados*, ano 58, I, Lisboa, 1998.

PEOPLE V. WERNICK, in *LEAGLE*, 1995, disponível em <https://www.leagle.com/decision/1995265215ad2d501257>, consultado a 18/03/2018.

PEREIRA, Margarida Silva, *Direito penal II - Os homicídios*, vol. II, Lisboa, AAFDL, 1998.

PERLIN, Michael L. “She breaks just like a little girl: neonaticide, the insanity defense, and the irrelevance of ordinary common sense”, in *William. & Mary Journal of Women and the Law*, vol. 10, p. 2003, pp. 1-31.

PEROSA, Gimol Benzaquen, SILVEIRA, Flávia Cristina Pereira, CANAVEZ, Isabela Cristina, “Ansiedade e depressão de mães de recém-nascidos com malformações visíveis”, in *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, vol. 24, nº1, 2008, pp. 29-36.

PINHEIRO, Veralúcia, “O infanticídio como expressão da violência e negação do mito do amor eterno”, in *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, 26, 1, pp. 1-12.

PINTO, Frederico de Lacerda da Costa, “Crime de homicídio privilegiado – acórdão da relação de Évora de 4 de fevereiro de 1997”, in *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, ano 8, fasc. 2º, Abril-junho, Coimbra editora, Abril-Junho, 1998, pp. 279-300.

PINTO, Maria Teresa Mascarenhas, “A solidão na gravidez: determinantes da solidão e seu impacto na ligação materno-fetal”, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, 2011, Trabalho de projecto não publicado.

POLÓNIO, Pedro, *Psiquiatria forense*, Lisboa, Coimbra editora, 1975.

RATO, Paula Isabel, “Ansiedades perinatais em mulheres com gravidez de risco e em mulheres com gravidez normal”, in *Análise Psicológica*, 3, XVI, 1998, pp. 405-413.

RODRIGUES, Susana Filipa Videira, “Vinculação materna pré-natal, depressão pós-parto e percepção materna do comportamento do recém-nascido”, Lisboa, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, 2011, Dissertação de mestrado não publicada.

SALOMÃO, Paulo Salvador, “A avaliação pericial da imputabilidade”, Relatório do Seminário de Criminologia, Lisboa, Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, 2010.

SANDOZ, Patrick, “A systematic explanation of denial of pregnancy fitting clinical observations and previous models”, in *Peerj PrePrints*, Maio, 2015, pp. 1-8.

SANTOS, Katia Alexsandra dos, TFOUNI, Leda Verdiani, “A construção da mulher-mãe-monstro: o infanticídio tornado espetáculo na mídia”, in *Revista NUPEM*, Campo Mourão, vol.8, nº15, jul./dez, 2016, pp. 243-261.

SANTOS, Pedro Lopes, “Reacções Ansiosas na Gravidez e Comportamento Interactivo das Mães Durante o Período Neonatal dos Filhos”, in *Análise Psicológica*, 4, XI, 1993, pp. 485-495.

SANTOS, L.A, Duarte, *Medicina legal (colectânea anotada de alguns trabalhos e textos do autor)*, Coimbra, Casa do Castelo editora, 1965.

SAR, VedaT, AYDIN, Nazan, HART, Onno Van Der, FRANKEL, A. Steven, SAR, Meriç, LLM, & Oğuz Omay, “Acute dissociative reation to spontaneous delivery in a case of total denial of pregnancy: Diagnostic and forensic aspects”, in *Journal of Trauma and Dissociation*, Janeiro, 2017, pp. 1-10.

SAUNDERS, Edward, “Neonaticide following “secret pregnancies”: seven case reports”, in *Public Health Reports*, vol. 104, nº4, Julho-Agosto, 1989, pp. 368-372.

SCALCO, Laércio Maciel, SCALCO, Monique Gomes da Silva, CARVALCANTE, Bruna Barros, SILVA, Carlos Henrique Souza e, “Psicose puerperal: relato de caso”, in *Revista de Medicina e Saúde Brasília*, 2013, pp. 84-89.

SCRANDIS, Debra, SHEIKH, Tehmina, NIAZI, Robina, TONELLI, Leonardo, POSTOLACHE, Teodor, “Depression after delivery: risk factors, diagnostic and therapeutic considerations”, in *The Scientific World Journal*, 7, 2007, pp. 1670-1680.

SERRA, Maria Teresa de Quadros Ribeiro, “Homicídios em série”, in *Jornadas sobre a revisão do código penal*, Lisboa, 1998, pp. 119-156.

SERRANO, Alan Índio, “Perícias médicas e juízo”, in *Curso de Direito Médico*, São Paulo, Conceito editorial, 2011, pp. 437-473.

SIMÕES, Rita Joana Basílio, *A violência contra as mulheres nos media: lutas de género no discurso das notícias, 1975-2002*, Coimbra, Coimbra editora, 2007.

SILVA, Carlos Fernandes da, COSTA, Pedro, FERREIRA, Sofia, MAIA, Luís Alberto, “Psicologia forense: caracterização, objecto e métodos de avaliação – uma discussão do fórum a partir da ágora”, in *Polícia e Justiça – Revista do Instituto Superior de Polícia*

Judiciária e Ciências Criminais, Janeiro-Junho, III série, nº7, Coimbra editora, pp. 299-326.

SILVA, Fábio Maia e, “Determinantes da sintomatologia depressiva pós-natal: efeitos da saúde perinatal e sintomatologia depressiva pré-natal”, Porto, Universidade Portucalense, 2016, Dissertação de mestrado não publicada.

SILVA, Fernando, *Direito penal especial - os crimes contra as pessoas*, Lisboa, Quid Juris, 2008.

SILVA, Germano Marques da, *Curso de Processo Penal*, vol. II, 3ª ed., Verbo, 2002.

SILVA, Mônica Maria de Jesus, “Avaliação da ansiedade e depressão na gravidez”, Alfenas/ MG, Universidade Federal de Alfenas, 2014, Dissertação de pós-graduação não publicada.

SILVA, Patrícia Ávila Vasconcelos Ferreira da, “Vinculação em grávidas adolescentes e ligação emocional materna e paterna ao feto”, Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2008, Dissertação de mestrado não publicada.

SILVA, Sara Manuela Airosa da, “Vinculação materna durante e após a gravidez: ansiedade, depressão, stress e suporte social”, Porto, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Fernando Pessoa, 2012, Dissertação de mestrado não publicada.

SILVEIRA, José dos Santos, Causas de imputabilidade e semi-imputabilidade, Dissertação de Licenciatura, Lisboa, Faculdade de Direito da Universidade Lisboa, 1942-1943.

SIMONIN, C., *Medicina legal judicial – legislación y jurisprudência españolas*, Barcelona, Editoria JMS, 2ª ed. Espanhola, 1966.

SCHROEDER, Tricia L., “Postpartum psychosis as a defense for murder”, in *Western State University Law Review*, 21, 1993, pp. 267-293.

SOL, António Luís Vieira da Luz Araújo, “Os da aplicação da prisão preventiva no Direito Processual Português”, Lisboa, Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, 2006, Dissertação de mestrado não publicada.

SOLARI, Hugo, “Psychotic denial of pregnancy”, in *Current Women’s Health Reviews*, 6, 2010, pp. 22-27.

SPAIN, Julie, “Changing the narrative of neonaticide”, in *Indiana Journal of Law and Social Equality*, vol. II, nº1, 8, 2013, pp. 166-181.

SPINELLI, Margaret, “A systematic investigation of 16 cases of neonaticide”, in *The American Journal of Psychiatry*, 158, 2001, pp. 811-813.

SPUY, Tanya Monique Van der, “Dissociation as a defensive strategy in pregnant low-income women: a review of the literature”, University of Stellenbosch, 2002, Dissertação de mestrado não publicada.

SKOUTERIS, Helen, WERTHEIM, Eleanor, RALLIS, Sofia, MILGROM, Jeannette, PAXTON, Susan, “Depression and anxiety through pregnancy and the early postpartum: an examination of prospective relationships”, in *Journal of Affective Disorders*, 113, 2009, pp. 303-308.

STANGLE, Heather Leigh, “Murderous Madonna: femininity, violence, and the myth of postpartum mental disorder in cases of maternal infanticide and filicide”, in *William & Mary Law Review*, vol. 50, 2008, pp. 699-734.

TAKAHASHI, Yuki, TAMAKOSHI, Koji, “Factors associated with early postpartum maternity blues and depression tendency among Japanese mothers with full-term healthy infants”, in *Nagoya J. Med. Sci.*, 76, 2014, pp. 129-138.

TAVARES, Lília, “Depressão e relacionamento conjugal durante a gravidez e o pós-parto”, in *Análise Psicológica*, 4, VIII, 1990, pp. 389-398.

TEIXEIRA, César Bessa Pinheiro Vieira, “Ansiedade e depressão em mulheres e homens durante a gravidez”, Porto, Instituto de Ciências biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, s.d., Dissertação de mestrado não publicada..

TENÓRIO, Andréia Siqueira, BRITO, Elke dos Santos, SILVA, Thaís Ferreira da, PINTO, Patrícia Malta, “Alterações psíquicas influenciadas pelo estado gravídico puerperal”, Governadores Valadares, Universidade do Vale do Rio Doce, 2010, disponível em

<http://srvwebbib.univale.br/pergamum/tcc/Alteracoespsiquicasinfluenciadaspeloestadogavidicopuerperal.pdf>, consultado a 21/03/2018.

THIENGO, Daianna Lima, SANTOS, Jacqueline Fernandez de Cintra, MASON, Vanessa, ABELHA, Lúcia, LOVISI, Giovanni Marcos, “Associação entre apoio social e depressão durante a gestação: uma revisão sistemática”, in *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19, 2, 2011, pp. 129-138.

TIGHE, Sylvia, LALOR, Joan, “Concealed pregnancy: a concept analysis”, in *Leading Global Nursing Research*, 72, 1, Janeiro, 2016.

TRINDADE, Cláudia David, “A prova pericial no processual penal português”, Relatório de Direito Processual Penal, Lisboa, Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, s.d.

VEIGA, Raúl Soares da, “Sobre o homicídio no novo código penal – do concurso aparente entre homicídio qualificado e homicídio privilegiado”, in *Revista Jurídica*, nº4, Outubro-Dezembro, 1985, pp. 15-56.

VELLUT, Natacha, COOK, John M., TURSZ, Ann, “Analysis of the relationship between neonaticide and denial of pregnancy using data from judicial files”, in *Child Abuse and Neglect*, Elsevier, 36, 7-8, 2012, pp. 1-30.

VERÍSSIMO, Sónia Margarida Alberto Correia, “Relações entre ansiedade-estado e ansiedade-traço, sintomas depressivos e sensibilidade ao stresse em puérperas”, Lisboa, Faculdade de Psicologia da Universidade Lusófona e Humanidades e Tecnologias de Lisboa, 2010, Dissertação de mestrado não publicada.

VIEIRA, Fernando, BRISSOS, Sofia, “Direito e Psiquiatria – um olhar sobre a cultura judiciária na sua intersecção com a psiquiatria”, in *Julgar*, nº3, Set-Dez., Coimbra, Coimbra editora, 2007, pp. 45-60.

VILELA, Ana Amélia Freitas, “Padrões alimentares e saúde mental materna e desenvolvimento neuropsicológico infantil: resultados de estudos de Coorte do Rio de Janeiro e Bristol/Reino Unido”, Rio de Janeiro, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2015, Dissertação de curso de pós-graduação não publicada.

WALKER, April J., “Application of the insanity defense to postpartum disorder-driven infanticide in the United States: a look toward the enactment of an Infanticide Act”, in *U. Md. L.J. Race, Religion, Gender & Class*, vol. 6, 2006, pp. 197-222.

WENZEL, A., HAUGEN, E.N., JACKSON, L.C., ROBINSON, K., “Prevalence of generalized anxiety at eight weeks postpartum”, in *Arch Womens Ment Health*, 6, 2003, pp. 43-49.

WILLIS, Amy D., “Neonaticide: The Necessity of Syndrome Evidence When Safe Haven Legislation Falls Short”, in *Temple Law Review*, vol. 77, 2004, pp. 1001-1038.

ZAFRA, Ignácio. “Inocentada de matar seu bebê porque não sabia que estava grávida”, in *El País*, 13 de Outubro de 2014, https://brasil.elpais.com/brasil/2014/10/10/internacional/1412964933_222150.html consultado a 16/02/2018.

ZEOTI, Fernanda Saviani, “Apego materno-fetal e indicadores emocionais em gestantes de baixo e alto risco: um estudo comparativo”, Ribeirão Preto, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2011, Tese de doutoramento não publicada.